

PROSTATECTOMIE

Trans-ano-rectale médiane

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DURY

Né à Marcigny (Saône-et-Loire), le 1^{er} Mars 1874



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}, SUCCESEURS DE MOUGIN-RUSAND

3, RUE STELLA, 3

—
1902

PROSTATECTOMIE

Trans-ano-rectale médiane

PROSTATECTOMIE

Trans-ano-rectale médiane

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DURY

Né à Marcigny (Saône-et-Loire), le 1^{er} Mars 1874



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}, SUCCESEURS DE MOUGIN-RUSAND

3, RUE STELLA, 3

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPRIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, D ^r ès-sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président; M. CONDAMIN, Assesseur;
MM. COLLET et NOVE-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Nous remercions M. le professeur Gailleton d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. M. le docteur Jaboulay, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, en nous donnant le sujet de notre travail et en nous aidant de ses conseils, a droit à toute notre reconnaissance. Notre ami Violet, interne des hôpitaux, s'est mis à notre disposition pour nous procurer les observations concernant notre sujet. Tous nos remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous voulons étudier un nouveau procédé de prostatectomie. Il s'agit du procédé de M. Jaboulay, de la prostatectomie trans-ano-rectale médiane. Restreint à ce seul cadre, notre sujet ne comporte guère que l'exposé du manuel opératoire et le relaté des observations. Mais nous avons cru faire œuvre plus conséquente et plus profitable en ajoutant un aperçu comparatif avec les autres procédés employés, et, en faisant suivre nos neuf observations personnelles de celles trouvées dans la littérature médicale. Notre travail est peut-être, de ce côté-là, prématuré. Nous en sommes à l'histoire de la prostatectomie à la période de l'enregistrement des faits. Pourquoi vouloir comparer des faits qui sont, par tant de points, dissemblables, et en tirer des conclusions générales? C'est pour cela que nous avons fait

un certain électisme en laissant de côté toutes les prostatectomies sus-pubiennes. Les cas de prostatectomie par voie sus-pubienne sont actuellement assez nombreux. On pourrait actuellement en réunir plus de quatre cents. Elle mérite une étude à part. Elle a, en France, des partisans de valeur : Desnos et Pousson. Mais nous croyons que ses résultats ne sont en rien comparables avec les cas opérés par voie périnéale. Cette voie permet d'enlever beaucoup plus de prostate, c'est incontestable. D'ailleurs, Desnos l'avoue implicitement, au point de confondre dans son mémoire prostatectomie périnéale avec prostatectomie totale et prostatectomie partielle avec prostatectomie par voie sus-pubienne. Nous croyons donc ne pas pouvoir faire entrer en ligne de comparaison les résultats de l'une et de l'autre méthode. Si nous le faisons, ce serait non pour les rapprocher, mais pour les opposer en faveur de l'opération périnéale, que nous croyons être seule l'opération d'avenir. La voie sus-pubienne est grave, trop souvent insuffisante. Les meilleures statistiques donnent une mortalité de 12 à 15 p. 100. Les échecs thérapeutiques sont très nombreux, et souvent, après une courte amélioration, on voit les symptômes revenir. Elle n'a d'avantage sur sa rivale que celui de respecter la continuité de la voie génitale. Mais qu'est-ce que la fonction génitale à l'âge des prostatiques ? Qu'est-ce que le luxe en face de la nécessité ?

Ayant éliminé la prostatectomie sus-pubienne, lien nous reste comme procédé que la prostatectomie périnéale simple ou périnéale combinée avec la sus-pu-

bienne. C'est à cela que se bornera notre étude.

D'un autre côté, nous laissons la prostatectomie dans les néoplasmes prostatiques.

C'est à l'étude de l'exérèse prostatique par voie périnéale dans l'hypermégalie prostatique sénile que nous voulons consacrer notre travail.

HISTORIQUE

L'historique de la thérapeutique agressive de la prostate au cours de l'hypertrophie de cette glande est celui de la conception pathogénique qu'on s'est faite tour à tour de cette maladie.

Avec Mercier, Velpeau, Thompson, on va droit à l'obstacle prostatique. Mercier invente l'exciseur de la barre prostatique. Le mémoire de Launois et sa conception de l'hypertrophie prostatique fonction de l'artério-sclérose arrête toute thérapeutique locale. C'est le règne du traitement palliatif. Guyon fixe les indications du cathétérisme évacuateur méthodique, de la sonde à demeure, du drainage de la vessie, tout autant de méthodes appelées à rendre encore bien des services et qui, peut-être, resteront encore longtemps comme la thérapeutique de choix. Mac Guire et Poncet ouvrent et drainent la vessie par l'abdomen, c'est la cystostomie sus-pubienne.

Puis les examens histologiques de Launois ayant été

repris et infirmés un peu partout renaît la théorie de Mercier faisant jouer à la prostate le rôle primordial dans l'évolution de la maladie. La prostate est attaquée par voie sus-pubienne. Dittel, Trendelenburg, Beno-Schmidt, en Allemagne, Mac Gill, en Angleterre, Guyon, en France, l'essayent pour l'abandonner tour à tour.

Dittel préconise l'excision en coin du tissu prostatique par voie périnéale. Avec Nicoll l'existence de la capsule prostatique est mise à profit, et les voies sus-pubienne et périnéale sont combinées. Avec Dittel et Nicoll, la prostatectomie laisse entrevoir la cure radicale de l'hypertrophie prostatique. Malgré cela, cette opération ne se vulgarise pas. La prostatectomie est considérée encore comme une opération grave. La variété des procédés et le nombre des incisions préconisées montre qu'elle n'est point encore une opération facile et sûre, classique par conséquent. Enfin, d'autres doutent des résultats. Ce sont peut-être les plus nombreux.

Nous espérons que notre travail contribuera à dissiper la plupart de ces préventions ou tout au moins fera naître à l'esprit d'autrui l'idée d'apporter de nouveaux cas à la solution du problème.

CHAPITRE PREMIER

Justification des exérèses prostatiques comme thérapeutique de l'hypertrophie de cet organe

Les plus nombreux, disions-nous tout à l'heure, doutent encore de l'efficacité de l'exérèse prostatique, comme thérapeutique de la maladie dite hypertrophie prostatique, parce qu'ils doutent du rôle primordial joué par l'obstacle prostatique dans l'évolution de cette affection.

N'entendons-nous pas tous les jours dire, en présence d'un prostatique dont l'urine s'écoule en bavant du pavillon de sonde :

« Et pourquoi voulez-vous que lorsque ce malade aura subi l'exérèse de sa prostate il urine mieux et avec plus de force ? Qu'est-ce qui lui rendra sa contractilité vésicale ? Qu'est-ce qui lui supprimera son bas-fond et son résidu urinaire ? »

Et voilà les arguments qui ont empêché l'opération non pas d'être vulgarisée, ceci tient à d'autres causes, mais d'être plus souvent tentée.

Et cependant on pourrait répondre que la prostate enlevée, le bas-fond disparaîtrait peut-être ; que l'obs-

tacle prostatique supprimé, le muscle vésical pourrait reprendre une certaine vigueur; qu'en tout cas le muscle vésical serait-il actuellement forcé, rien ne démontre qu'il n'est pas forcé par l'obstacle prostatique et que si cet obstacle avait été supprimé plus tôt le muscle vésical en serait là. A ce fait que l'hypertrophie prostatique n'apparaît que chez les vieillards, on pourrait répondre que c'est uniquement parce que jusqu'à ce moment-là le rétrécissement a été compensé et qu'avec la déchéance de l'âge le muscle vésical ne peut plus faire les frais de cette compensation. Mais nous sommes en plein dans l'hypothèse et le vide du raisonnement. Passons à l'anatomie pathologique qui nous apporte des faits. Velpeau et Thompson avaient remarqué des masses énucléables dans la prostate hypertrophiée rappelant tout à fait à la coupe l'aspect des fibromes.

Launois publie en 1885 sur ce sujet un mémoire qui fait époque. Après avoir bien insisté sur les productions parfaitement énucléables : adénomes, kystes ou fibromes qu'on trouve à l'examen d'une prostate hypertrophiée, Launois décrit les lésions de péri-artérite et d'endartérite qui existent, dit-il, sur toutes les coupes.

Retenant surtout le dernier point de ses examens histologiques, Launois arriva à la conclusion suivante : l'hypertrophie prostatique est une affection liée à l'artério-sclérose. En tout cas, notons dès maintenant que Launois avait vu et noté ces proliférations glandulaires énucléables.

Les examens anatomo-pathologiques se multiplient

à l'étranger surtout. Casper (*Archiv. Virchow für Pathologie Anat.* (1897), admet trois formes d'hypertrophie nodulaire (87) fibro-myomateuse diffuse (c) adénoïde, et insiste sur la rareté de l'artério-sclérose. Avec Griffith (*Journal of Anatomy and Physiology*, 1890), Alexander (*Journal of Cut. and gén. urin.* 1898), Camitti et Solomoni (*Ingronamenti prostatici*, Milano, 1897), Jores (*Virchow archiv.*), Mansell Moulin (*The cutaned Prostate*, London, 1899) c'est la même idée qui tend à prévaloir : l'hypertrophie de la prostate n'est qu'un adénome.

Ajoutons à toutes ces données l'expérience de MM. Albarran et Hallé consignée dans la thèse de Hotz (1897) et dans une étude spéciale parue dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires* (février 1900).

Hallé et Albarran ont examiné 100 prostates de malades morts avec le diagnostic clinique : hypertrophie de la prostate. Sur ces 100 examens histologiques ils ont trouvé quatre variétés de lésions prostatiques qu'ils classent ainsi :

II. glandulaires.....	32
Fibreuse.....	3
Mixtes.....	61
Epithéliomas prostatiques...	14

Ils n'ont trouvé de l'artério-sclérose que dans 20 au 30 0/0 des cas examinés.

Voilà donc des observateurs qu'il faut mettre d'accord. Car il serait téméraire de prétendre que des observateurs de la valeur de Launois et d'Albarran ont mal vu ; s'ils ont vu différemment c'est qu'ils

étaient en présence de faits différents. Pour nous, et nous ne sommes pas les premiers à émettre cette idée, il existe au moins deux types différents, dont la démarcation est peut-être difficile, mais dont la thérapeutique n'est plus la même. A côté de l'adénome prostatique, du fibrome du myome prostatique pouvant rester plus ou moins latents, pouvant ne jamais s'accompagner de phénomènes dysuriques ou bien, au contraire, retentissant d'une façon précoce sur le réservoir vésical, il existe des dysuriques séniles, des atoniques vésicaux. Comme le dit si bien M. Rochet dans son livre de la dysurie sénile : « Il y a des malades qui ont un muscle vésical congénitalement faible. Ce sont des candidats à la rétention d'origine sénile, même sans obstacle prostatique. Leur vessie est à la fois atone et peu sensible en même temps à la distention. M. Guyon avec sa conception de la sclérose vésico-prostatique a bien montré toute l'importance qu'il fallait attribuer à cette déchéance vésicale dans la maladie dite hypertrophie prostatique. »

Voilà donc un premier groupe de malades dysuriques par atonie vésicale, auxquels une intervention sur la prostate ne saurait être logiquement proposée. A ce premier groupe classique, M. Rochet en ajoute deux autres :

B) Dysurie dépendant directement de l'hypertrophie prostatique.

C) Dysurie liée à l'atonie vésicale et à l'obstacle prostatique (cas mixtes).

Le premier de ces deux groupes relève d'une

intervention directe contre l'obstacle prostatique. Le second comporte *a priori* les mêmes indications thérapeutiques, à condition de bien tenir compte de la valeur du muscle vésical, appréciée soit par l'épreuve manométrique, soit par l'abondance du résidu après la miction volontaire.

Pour le moment, considérons comme acquis ce premier point.

La maladie dite hypertrophie prostatique est souvent due dans 70 cas pour 100 anatomo-pathologiquement parlant à une lésion locale : adénome, adéno-fibrome, myome. Albarran dit même sans aucune restriction, l'hypertrophie prostatique est une néoplasie d'origine glandulaire : adémone, adéno-fibrome ou fibrome.

Le second point à établir est maintenant le suivant : L'exérèse prostatique ne comporte en elle-même aucune contre indication absolue. Quelque peu connues que soient les fonctions de la glande prostatique, nous pouvons affirmer, vu le nombre des prostatectomies actuellement pratiquées, que l'exérèse toujours partielle d'ailleurs de cette glande, n'est suivie d'aucun trouble patent. Le seul point noir paraissait être l'avenir de la fonction génitale après cette intervention. Que deviennent les canaux déférents au cours du traumatisme opératoire. Il est bien difficile de le dire. Pour sûr, ils ne doivent pas rester indemnes, l'exérèse prostatique portant exactement au niveau où ils viennent s'aboucher dans l'urèthre. En tout cas, nous avons revu tous nos malades survivants de trois à

huit mois, un an même (Obs. III) après, aucun n'a vu survenir de l'atrophie testiculaire, aucun ne s'est plaint de diminution dans sa capacité génitale. Conclusion : l'hypertrophie prostatique est justiciable d'une thérapeutique locale ; l'exérèse d'une portion ou de la totalité de la prostate est permise. Cette exérèse est-elle difficile ? C'est ce que nous allons étudier.

CHAPITRE II

Anatomie chirurgicale. — Manuel opératoire.

Avant de donner la description du manuel opératoire de notre maître, nous voudrions insister sur quelques points d'anatomie, classiques, il est vrai, mais importants par suite des déductions chirurgicales qu'ils comportent.

Le premier de ces points c'est l'existence d'une capsule prostatique, capsule fibro-musculaire très nette, très résistante, contenant dans son épaisseur de nombreuses veines. Cette capsule, désignée sous le nom de capsule de Retzius, a été bien étudiée par tous les classiques, Sappey, Charpy, Quénu (Art. urèthre du *Dict. Dechambre*), P. Delbet (Art. Prostate du *Traité d'Anatomie*, de Poirier) a été mise à profit dans les interventions de la prostate par Nicoll le premier (*The Lancet*, 1894). Ce procédé sous-capsulaire présente le double avantage de la rapidité et de la sécurité. A l'abri de cette capsule pas de blessure de vaisseaux

importants, pas d'hémorrhagie, pas de blessure possible de la vessie au-delà de l'urèthre. La capsule et la glande forment une disposition bien décrite par Launois. On voit, dit-il, qu'il existe autour de la glande une capsule fibreuse avec de nombreux prolongements ramifiés à l'intérieur qui séparent les culs-de-sac arborescents des glandes prostatiques et forment des travées inter-acineuses. La lobulation de la glande est complètement produite.

D'autre part, le sacrifice de cette capsule prostatique ne doit pas être fait aussi facilement, si l'on veut bien se rappeler que la majorité des fibres musculaires, tant du sprincter lisse que du sprincter strié de l'urèthre, y sont contenues.

Le deuxième point d'anatomie sur lequel nous attirerons l'attention est le suivant : l'impossibilité de séparer par la dissection, par le clivage, l'urèthre de la prostate.

L'embryologie, l'histologie sont là pour nous apprendre que le tissu glandulaire de la prostate naît de la face profonde de la muqueuse uréthrale (Regnault, *Journal d'Anatomie et de Physiologie*, 1900). Nés de la région de l'urèthre immédiatement sous-jacente au sprincter lisse, les bourgeons se portent en arrière, faisant éclater la paroi propre de l'urèthre, qui se trouve ainsi dissociée. C'est assez dire qu'en pratiquant l'énucléation prostatique la paroi postérieure de l'urèthre sera à peu près fatalement effondrée. On peut comprendre, à la rigueur, qu'un adénome adéno-fibrome soit énucléable comme un noyau de cerise, et puisse, par conséquent, être enlevé sans ouverture de l'urèthre prostati-

que, quoique au point de vue pathologique cet adénome, formé aux dépens d'un cul-de-sac, soit toujours appendu à l'arbre excréteur, et par conséquent, directement relié à un point de la muqueuse uréthrale. Alexander prétend toutefois avoir pratiqué huit prostatectomies sous-capsulaires par les voies périnéale et hypogastrique combinées, sans ouvrir l'urèthre prostatique. Toutefois, un de ses deux malades morts avait une fistule urinaire en avant du rectum : « La plaie périnéale devint gangréneuse et une petite fistule se forma entre le rectum et la plaie périnéale. Il mourut deux jours plus tard », lisons-nous dans l'observation. D'autre part, il est dit dans la description du procédé opératoire : la membrane muqueuse de la vessie et de l'urèthre prostatique ainsi que la couche musculaire sous-jacente, est *éraiillée*, mais n'est pas ouverte. Ici, nous ne comprenons plus. Qu'est-ce que c'est que cette éraillure de la muqueuse de l'urèthre prostatique qui permet d'arriver à la conclusion suivante : la muqueuse de l'urèthre prostatique est laissée intacte.

Dans un cas seulement (Obs. III) M. Jaboulay a pu enlever le noyau prostatique formant l'hypertrophie en respectant l'urèthre. Certes, on pourrait et plusieurs l'ont pratiqué, sculpter l'urèthre en plein tissu prostatique. Le catheter en place cette opération peut être tentée.

C'est ce qui fait un des points fondamentaux du procédé de Dittel (1).

(1) DITTEL : Wiener med. Wochenschrift, 1898.

Kuster (1), le premier, l'essaya sur trois malades, et deux fois ouvrit l'urèthre, sans le vouloir, en donnant lieu à des fistules urinaires.

Wolseley (2) a pratiqué une fois cette opération avec succès et Castellana a récemment publié un nouveau succès (3).

Delagenière, Tédénat, Adenot, Vartlhom employant le procédé de Dittel ouvrent l'urèthre. Baudet, par ce même procédé, arrive à l'éviter ; il s'agissait d'une tuberculose prostatique et la curette suppléa aux ciseaux.

Employant le procédé sous-capsulaire, Nicoll, MacEwen, Alexander, Hotchiss, Albarran, Adenot, Roux ont ouvert quatre fois l'urèthre sur quinze opérations.

Il faut bien avouer qu'ici, travaillant avec les doigts, c'est-à-dire plus grossièrement, et sur un noyau prostatique facile à contourner, c'est une affaire de chance d'amener avec le noyau prostatique une portion de la paroi postérieure de l'urèthre.

Proust conseille aussi ce décollement artificiel de l'urèthre, dans certains cas, lorsque après la première section de l'urèthre, l'exploration de la face antérieure de la prostate aura permis de reconnaître l'intégrité uréthrale. Il vaudra mieux, remontant sur la face postérieure de l'urèthre, sculpter l'urèthre dans la prostate jusqu'au niveau de l'implantation de l'urèthre dans la vessie.

(1) KUSTER : Langendecck Archiv für Chir. 1891.

(2) WOLSELEY : Journal of Cut. and Gen. Ur. 1895.

(3) CASTELLANA : Ospedale Civico, Palermo, 1899.

Oui, cette dissection est très possible. D'aucuns, et non des moins autorisés, la recommandent, préférant laisser du tissu glandulaire hyperplasié, prêt à se congestionner, et, par conséquent, à récidiver dans ses conséquences, plutôt que d'ouvrir l'urèthre prostatique et de s'exposer à une fistule.

Autrement dit, toute la question de déduction chirurgicale touchant ce point d'anatomie revient à ceci : Faut-il chercher à ouvrir délibérément l'urèthre prostatique, ou, au contraire, chercher à éviter à tout prix cette ouverture ?

De l'étude des observations, se dégage nettement cette notion, c'est que l'intégrité de l'urèthre est une des fonctions primordiales pour la bonne fin, la guérison rapide de l'opération. Les malades de Volsey, de Kuster, de Castellana, d'Adenot, de Tedenat, d'Alexander, enfin tous ceux chez qui l'urèthre fut laissé intact guérissent en huit jours. Maintenant, il faut bien avouer que tous ceux qui pratiquent des opérations de Dittel, c'est-à-dire qui coupent avec les ciseaux en plein tissu prostatique et n'ont que l'intention de respecter l'urèthre repéré par un conducteur métallique s'exposent à laisser autour de l'urèthre assez de glande prostatique pour avoir encore de la rétention vésicale demain.

Freyer et Sims nous paraissent à ce point de vue-là, avoir fait un progrès notable en ouvrant délibérément l'urèthre au niveau du bec de la prostate et en se guidant dans la dissection et l'exérèse de la glande prostatique, sur le doigt introduit dans l'urèthre.

Il est bien certain que le doigt est bien supérieur au conducteur métallique. Albarran emploie à peu près ce même procédé et profite de ce doigt glissé dans l'urèthre pour explorer le col de la vessie et les obstacles qui pourraient exister à ce niveau.

Moins important pour l'énucléation capsulaire ce temps opératoire de l'introduction du doigt dans l'urèthre paraît nécessaire pour une bonne opération de Dittel, car les deux procédés de Nicoll et de Dittel ne sont pas exclusifs.

Déjà, de par l'anatomie pathologique, nous pouvons entrevoir des cas (adénome, fibrome) où le Nicoll est facile, et d'autres (fibro-myomes, myomes, prostatites chroniques) où le Dittel seul est possible.

Pour conclure, l'énucléation sous-capsulaire faite avec prudence peut être réussie sans ouverture de l'urèthre ; en tout cas, il faudra, autant que possible, être jaloux de cette intégrité uréthrale, et si le noyau adénomateux paraissait avoir un pédicule, il vaudrait mieux le couper aux ciseaux que de tirer et de tout déchirer avec les doigts.

Est-on conduit de par la forme anatomique de l'hypertrophie prostatique à faire un Dittel, nous ne saurions trop conseiller la technique de Sims et de Freyer : Dissection de l'urèthre sur le doigt.

Le troisième point anatomique important sur lequel nous insisterons, a trait aux rapports immédiats de la prostate et de la paroi antérieure du rectum et en même temps à la gêne qu'apporte dans les interventions à ce niveau le sphincter anal, noyau central du périnée. Certes, nous savons que le rectum est facile-

ment décollable à ce niveau. Mais ce qui est moins facile à éluder c'est le sphincter anal. Et, d'autre part, la prostate n'est pas en rapport avec le triangle recto-urétral, elle est en rapport avec la paroi antérieure du rectum. Hypertrophiée, elle vient bomber dans le rectum.

Aussi que penser de Langenbech qui propose dans l'extirpation de la prostate une incision sous l'arcade pubienne? La diversité des incisions proposées et exécutées est on ne peut plus éloquente pour montrer combien chacun est peu content du jour que lui offre son voisin.

Dittel part de la pointe du coccyx, contourne à gauche l'anus et atteint le raphé périnéal.

Zukerkandl se borne à l'incision de la taille prérectale de Nelaton.

Leersinck préfère une incision en fer à cheval décollant le rectum.

Rydigier préfère une incision para-sacrée, Alexander ajoute à l'incision bi-ischiatique une perpendiculaire à chaque bout se dirigeant en arrière.

Baudet et Quénu une incision en V comprenant le rectum dans sa fourche.

Proust et Gosset reprennent l'incision de la taille prérectale à laquelle ils ajoutent, contournant l'anus à gauche, une incision curviligne.

En somme, on se convainc d'une façon générale qu'il faut aller chercher la prostate dans le périnée postérieur, et chacun s'ingénie pour l'aborder par une des faces latérales du rectum. La complexité et la variété de ces incisions démontre bien la difficulté

qu'il y a à avoir un champ opératoire suffisamment large à ce niveau. Le décollement de la face antérieure du rectum n'est suffisant que s'il est poussé assez loin sur une ou sur les deux faces latérales. Décollé et fortement rétracté en arrière, le rectum doit donner ainsi un jour suffisamment grand. Pas du tout. Dans ce mouvement, le releveur s'abaisse et les deux lèvres droite et gauche de son bord inférieur, normalement en forme d'U, se tendent en forme de V. Le champ opératoire est à nouveau masqué au niveau de la prostate et il faut, comme Baudet l'a fait le premier, pratiquer une incision libératrice plus ou moins étendue sur cette sangle du releveur.

Par la voie trans-ano-rectale médiane, une fois le sphincter incisé et les deux moitiés écartées en volet on a tout de suite la prostate sous le doigt. Pour nous, l'incision de MM. Gosset et Proust, outre qu'elle ne donne pas autant de jour (nous nous en sommes rendu compte comparativement sur le cadavre) fait trop de délabrement. De l'aveu des auteurs elle ne laisse intacte que d'un côté seulement l'arrivée de ses nerfs à la portion membraneuse de l'urèthre.

L'avenir est à la chirurgie simple et facile, toujours en chirurgie les incisions médianes, suivant les raphés, présenteront le double avantage d'être exsangues et d'offrir une orientation facile. Et d'ailleurs, au toucher rectal, la prostate est tout de suite sous le doigt, on dirait qu'on n'a qu'à la cueillir à ce niveau, pourquoi ne pas aller la chercher directement à travers le sphincter anal et la paroi antérieure du rectum.

M. Jaboulay mit son idée à exécution et en effet,

la section du sprincter donnait immédiatement un tel jour sur la face postérieure de la prostate, que l'ablation de cette glande se fit avec facilité.

M. Jaboulay avait été précédé dans cette voie par Demarquay et Doyen. Demarquay s'étant trouvé en présence d'un cancer du rectum ayant gagné la prostate, tenta l'ablation du néoplasme rectal et se laissant guider par l'extension de la lésion, enleva toute la prostate dégénérée. Mais la prostate enlevée, la vessie était largement ouverte dans le rectum. Le malade vécut quelques jours. Doyen (*la pelvi-péritonite chez l'homme*) dans un cas de tuberculose de la prostate et des vésicules séminales avec fistule prostatorectale, se laissant guider par les lésions a fendu de même le sphincter et enlevé par cette voie la prostate et les vésicules séminales. Maintenant les inconvénients de cette voie ne sont-ils pas assez grands pour compenser, annihiler les avantages qu'elle présente. C'est ce que nous verrons au chapitre résultats. Pour le moment nous pouvons avancer cette conclusion sans crainte d'être contredit : La voie trans-ano-rectale médiane donne beaucoup plus de jour que n'importe laquelle des autres incisions proposées.

Par cette voie, on peut pratiquer des prostatectomies partielles ou des prostatectomies totales ; prostatectomies partielles ou énucléatoires intra-glandulaires sous-capsulaires, prostatectomies totales extra-capsulaires.

M. Jaboulay compare avec beaucoup de justesse les deux interventions qu'on peut pratiquer à nouveau aux opérations sur l'utérus ou le corps thyroïde. On

peut sur l'utérus faire l'hystérectomie totale ou bien l'énucléation sous-capsulaire des fibromes souvent multiples, un à un. L'opération, si commune aujourd'hui, sur le corps thyroïde et qui a nom l'énucléation intra-glandulaire des adénomes thyroïdiens fait bien comprendre ce qu'est cette opération au niveau de la prostate.

Prostatectomie partielle sous-capsulaire.

Enucléation intra-glandulaire.

Soins pré-opératoires analogues à ceux qu'exigent toutes les opérations sur le rectum. Lavements. Diète lactée pendant trois jours. Tampon dans le rectum en amont du champ opératoire.

1^{er} temps. — Le malade étant dans la position de la taille. Incision sur le raphé médian partant de la racine des bourses et intéressant l'anus.

2^e temps. — Section du sphincter anal sur la ligne médiane, dans sa portion antérieure, des parties molles et de la paroi antérieure du rectum sur toute l'étendue de la saillie prostatique. La section du sphincter pratiquée, les deux moitiés, droite et gauche, s'écartent en volets et on a immédiatement faisant saillie dans la plaie la prostate. Sur la ligne médiane l'hémorrhagie est nulle.

3^e temps. — Incision de la capsule prostatique sur la ligne médiane d'avant en arrière; puis l'hémisection prostatique étant amorcée, c'est-à-dire les couches superficielles de la glande étant incisées on laisse

le bistouri, on revient à la capsule prostatique dont les lèvres sont isolées avec les ciseaux courbes et le doigt, enfin le doigt est glissé entre la capsule et la glande, et là, travaillant comme l'index d'un accoucheur dans un utérus à délivrer, dénouant et rompant les parties qui relient l'adénome à la capsule. arrive à énucléer les deux moitiés droite et gauche de la tumeur.

Cette énucléation est ordinairement facile, on peut même dire qu'elle est d'une surprenante facilité, mais il faut bien savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi. A-t-on affaire à un myome, à une hypertrophie fibreuse diffuse, à une lésion inflammatoire : prostate chronique, cette énucléation devient impossible. Il faut alors au lieu d'un Nicoll pratiquer un Dittel, c'est-à-dire tailler avec le bistouri un coin dans la face postérieure de la prostate jusqu'à l'urèthre ouvert délibérément, quitte à réunir les deux lèvres droite et gauche de l'urèthre prostatique ; ou mieux, ménageant soigneusement la paroi postérieure de cet urèthre, pratiquer l'excision prostatique avec les ciseaux en se guidant sur le doigt introduit dans l'urèthre par une ouverture faite au niveau de la portion membraneuse à la manière de Syms, de Freyer et d'Albarran. Faudrait-il, pour pouvoir engager la pulpe du doigt plus en avant, fendre sur la paroi postérieure longitudinalement la portion d'urèthre qui vient d'être sculptée, quitte à procéder à la suture ensuite, beaucoup plus facile dans ce dernier cas que dans le cas précédent.

4^e temps : Restauration de l'urèthre.

C'est le temps le plus difficile si ce n'est pas fonctionnellement le plus important.

Cette restauration ne comporte pas la restauration de la paroi postérieure, la paroi antérieure étant intacte.

Plusieurs procédés sont bons et ont, suivant les cas, été employés par les opérateurs

Je ne parle pas d'une simple déchirure transversale ou longitudinale. Dans ces cas, le genre de suture est commandé par la forme de la plaie.

Est-on en présence d'une vaste perte de substance : Excision en coin de Dittel. Effondrement irrégulier du Nicoll. Nous avons vu pratiquer tour à tour par M. Jaboulay la suture de l'urèthre latéro-latérale après ou sans dissection ou la suture antéro-postérieure. Quelquefois, la capsule prostatique est ramenée par-dessus. Dans d'autres, c'est elle qui a fait tous les frais de la restauration.

Malheureusement, cette suture est à la merci du bon fonctionnement de la sonde à demeure et de l'infection de la plaie. Le premier est d'une façon générale bien difficile à obtenir, la seconde, dans le cas particulier, bien difficile à éviter.

5^e temps : Restauration de la paroi antérieure du rectum et du sphincter.

B) *Prostatectomie totale. Opération extra-capsulaire.*
— Pour la prostatectomie totale nous croyons, avec M. Jaboulay, que la voie d'abord doit rester la même. C'est toujours par l'incision trans-ano-rectale médiane qu'il faudra aborder la prostate. Pour ce qui est de l'opération dans la profondeur, nous croyons avec

tous les Parisiens qu'elle a été parfaitement réglée théoriquement par MM. Gosset et Proust.

Incision de l'urèthre ras le bec de la prostate. Hémisection prostatique. Bascule des deux moitiés de la glande. Décollement vésico-prostatique. Hémostase et section des pédicules. Suture de la paroi postérieure de l'urèthre à la paroi postérieure de la vessie. Tout ceci est parfait sur le cadavre. Mais ce qui frappe tout de suite, c'est l'importance, ici, de cette uréthro-vésicale. Tout à l'heure, nous attachions une grosse importance à la restauration de l'urèthre, mais reconnaissons tout de suite qu'au pis aller on a une fistule uréthro-rectale ; entre l'orifice de la fistule et le réservoir vésical, il reste un sphincter fermant la vessie et ne laissant passer l'urine par la fistule qu'au moment de la miction. Après une prostatectomie totale (et nous ne pouvons mieux faire que de citer le texte de Proust), la continence sera assurée par l'urèthre membraneux, sphincter lisse. Parfait, mais si la suture entre la vessie et l'urèthre membraneux vient à lâcher, nous aurons une vessie incontinente et une fistule dans la plaie.

Et c'est ici encore que nous trouvons la supériorité du procédé de M. Jaboulay, car une fistule de la vessie dans le rectum est beaucoup plus anodine qu'une rupture de la vessie dans le tissu cellulaire.

Pour le moment nous ne voulons retenir que ceci, c'est qu'avec la prostatectomie totale il faut compter à peu près toujours avec une vessie incontinente fistuleuse vu le peu de sécurité qu'on doit avoir à un

· fil de suture dans des tissus infectés et par conséquent, qu'il faut réserver cette prostatectomie totale dans l'hyperthrophie prostatique aux cas graves où justement cette fistule placée au point le plus déclive de la vessie servira de meilleur moyen de drainage, et par conséquent c'est à l'ouverture délibérée de la vessie que nous arrivons et à l'ouverture de cette vessie, dans le rectum, ce qui sera beaucoup moins grave qu'une ouverture dans le tissu cellulaire.

.

CHAPITRE III

Observations

Voici nos neuf observations personnelles :

OBSERVATION I

Eym. Antoine, 63 ans, pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne santé antérieure jusqu'à l'âge de 62 ans. A cette époque le malade commença à éprouver des troubles de la miction; dysurie, polla-kiurie et autres symptômes relevant d'une hypertrophie de la prostate, comme le confirment le cathétérisme et le toucher rectal pratiqués depuis. Les troubles allèrent toujours s'accroissant, jusqu'au jour où, dans un effort de miction peut-être plus considérable, le malade vit brusquement sourdre au niveau de l'ombilic des gouttes d'une urine extrêmement épaisse d'odeur fermentée, ayant tous les caractères d'un long

séjour dans la vessie. La quantité d'urine émise pour l'ombilic fut d'environ 150 à 200 grammes. C'est alors que le malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Jaboulay. Interrogé sur l'existence antérieure d'une fistule ombilico-vésicale, il déclare n'avoir jamais éprouvé d'accident semblable. Toutefois, sa mère lui avait raconté qu'aussitôt après sa naissance on l'avait traité pour un écoulement d'urine par l'ombilic. Cet écoulement, d'ailleurs, aurait disparu au bout de quinze jours ou trois semaines par l'application d'un bandage approprié. Il s'agit donc bien là d'une fistule ombilico-vésicale de premier âge, rapidement obturée, rouverte 66 ans plus tard dès le début d'une hypertrophie prostatique sous l'influence de l'élévation de pression intra-vésicale consécutive. Actuellement le malade urine très difficilement par l'urèthre, par contre l'urine s'écoule d'une façon continue par l'ombilic.

La fistule occupe la partie inférieure de l'anneau ombilical : il s'agit d'un orifice filiforme plus sensible au stylet qu'à la vue. Tout autour de la région on note de l'érythème dû au contact du liquide constamment sécrété.

Opération. — Dissection de l'extrémité supérieure de l'ouvrage sur une étendue de 3 ou 4 centimètres.

Invagination de cette extrémité supérieure et ligature. Pendant les quinze premiers jours qui suivent l'opération, l'absence d'écoulement d'urine au niveau de la cicatrice opératoire en même temps que traitement minutieux de l'hypertrophie prostatique permirent d'espérer une guérison définitive. Malheureusement la fistule ne tarda pas à se rétablir, donnant issu

comme auparavant à la plus grande partie des urines. Au bout d'un mois le malade demanda lui-même à sortir. Rentré à nouveau il fut opéré de la cystonomie sus-pubienne cinq fois pour des infections vésicales secondaires amenant la formation de nombreux calculs. Le malade souffrait constamment et déclinait de plus en plus, M. Jaboulay se décida à lui enlever la prostate. Incision sur le raphé médian intéressant le sphincter, la paroi antérieure du rectum et les parois molles jusqu'à la prostate. Hémisséction. Le doigt passant à la surface de la glande et la débarrassant de ses adhérences, la masse prostatique fut cueillie en deux morceaux, représentant la moitié droite et la moitié gauche de l'organe, chacune avait un pédicule en haut qu'une pince à forcipressure saisit avant la section aux ciseaux, les deux moitiés réunies représentaient la prostate et l'urèthre prostatique dans leur portion inférieure. Elles déplaçaient plus de 100 centimètres cubes d'eau. L'hémostase faite, suture de la paroi vésicale de l'urèthre membraneux sur la sonde à demeure. Puis reconstitution de la paroi antérieure du rectum et de l'anus.

Suites opératoires. — Infection de la plaie. Fistule vésico-rectale. La suture de l'anus et du sphincter à tenu. Le malade est très content de l'opération qu'on lui a faite, parce que depuis il ne souffre plus.

Le malade a ainsi survécu pendant huit mois avec sa fistule vésico-rectale. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. VIOLET)

X..... 72 ans, entre à Saint-Louis pour des phénomènes dysuriques. Mictions fréquentes depuis 5, 6 ans, accompagnées de douleurs.

Deux crises de rétention aiguë ayant cédé au cathétérisme.

A part cela, le malade ne s'est jamais sondé.

De ces deux causes de rétention, cette année et puis l'année dernière, le malade a eu de la fièvre et des frissons pendant quelques jours. A ce moment-là, il a eu une poussée d'orchi-épididymite d'origine probablement uréthrale sans suppuration.

Etat actuel. — Urines claires, léger disque d'albumine.

Miction fréquente et douloureuse, le malade se lève cinq ou six fois dans la nuit.

Cathétérisme après miction normale révèle un résidu urinaire qu'on peut évaluer à une centaine de grammes.

Contractilité vésicale affaiblie au toucher rectal : Lobe médian fortement saillant dans le rectum ; uni, arrondi et lisse.

L'opération ayant été acceptée par le malade et les soins pré-opératoires ordinaires ayant été pris. Lave-

ments répétés et diète la veille et l'avant-veille. Position de la taille. Une sonde en gomme est placée dans l'urèthre. Dilatation de l'anus avec le spéculum d'Ambroise Paré orienté de façon à laisser libre dans le rectum le lobe prostatique hypertrophié. Incision de la paroi antérieure du rectum. Incision de la capsule prostatique. Section au bistouri dans le tissu glandulaire sur la ligne médiane.

Enucléation au doigt. Le lobe médian vient en deux moitiés très facilement. Les lobes latéraux paraissent peu hypertrophiés et plus difficilement extirpables. La sonde est à nu, sur une petite étendue, un demi-centimètre à peine, dans la plaie. L'hémostase est faite par tamponnement.

Suites opératoires simples. Le tamponnement de la plaie est enlevé le deuxième jour et la sonde le quatrième jour.

A ce moment, la plaie opératoire est presque comblée, mais il est difficile de la surveiller et de la déterger, le sphincter anal ayant repris sa tonicité. M. Jaboulay reconnaît qu'en prévision de l'infection, il aurait mieux valu fendre le sphincter.

La sonde enlevée, la miction se fait sans douleur et facilement. Le jet n'est pas très fort et d'autre part, au moment de la miction, le malade se sent mouillé, dit-il, un peu à l'intérieur dans le rectum et il a la tentation de porter la main à son périnée pour empêcher que l'urine ne passe par là.

M. Jaboulay croit que cette fistule se fermera toute seule.

Le malade part au quinzième jour, enchanté du résul-

tat opératoire, attendu qu'il pisse quasi entièrement par la verge..

En décembre 1900. — Le malade entre dans le service de M. le professeur Bondet pour une bronchite. On lui trouve des lésions bacillaires au sommet droit.

Le malade est revu à ce moment, six mois par conséquent après son opération. Les mictions ont toujours été fréquentes, mais les douleurs ont cessé. Le malade n'a pas eu de nouvelle crise de rétention. Il faut bien avouer que depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a fait aucun excès.

L'urine passe actuellement entièrement par la verge. Le jet, au dire du malade lui-même, a repris de la force. Le toucher rectal permet de sentir facilement la cicatrice opératoire sous forme de cupule déprimée au niveau de la paroi antérieure du rectum.

D'autre part, le doigt explorant toute cette région ne sent aucune tumeur prostatique.

Le cathétérisme est difficile surtout au niveau de sa région prostatique ; toutefois on arrive à passer avec une sonde en gomme ordinaire.

L'urine est claire, il ne paraît pas y avoir de bas-fond vésical ne se vidant pas par la miction.

Le malade meurt dans le service de M. le professeur Bondet, de ses lésions pulmonaires un mois après son entrée.

Assisté de notre collègue M. Gauthier, nous avons pratiqué l'autopsie et enlevé avec soin la vessie, l'urèthre et le rectum. Sur cette pièce ce qui frappe tout d'abord, c'est le volume des côtés latéraux de la prostate ayant échappé à l'exérèse.

Sur cette pièce on constate encore l'adhérence de la paroi antérieure du rectum à l'urèthre prostatique, au niveau de la cicatrice. La traversée prostatique est large et facile au niveau de l'urèthre. Les lobes latéraux hypertrophiés ne paraissent pas dans ce cas causer de déformations à l'urèthre prostatique. En examinant soigneusement la cicatrice opératoire, on remarque du côté du rectum un petit orifice capable de recevoir le bout arrondi d'un petit stylet.

Une bougie filiforme introduite dans cet orifice vient sortir au niveau de l'urèthre prostatique exactement sous un petit tubercule, qui masquait l'orifice urétral du trajet.

OBSERVATION III

X..., 66 ans, est envoyé à M. Jaboulay par M. le docteur Berger, de la Côte-Saint-André (Isère). Rétention d'urine chez un prostatique. Fausse route. Il s'agit d'un malade ayant présenté de la difficulté à la miction.

Depuis quelques années, à deux ou trois reprises on a été obligé de le sonder. Le malade ne s'est jamais sondé lui-même. Aucun autre antécédent intéressant. Pas de blennorrhagie.

Arrivé avec sa rétention d'urine, le malade fut ponctionné après deux ou trois essais infructueux de cathétérisme. Le lendemain, le cathétérisme est tout aussi impossible. Vessie énorme et dilatée. Prostate volumineuse faisant saillie dans le rectum. Proposée au malade l'opération est acceptée. Séance tenante, le malade étant en position classique de la taille, M. Jaboulay intervient par son procédé.

La capsule de la glande est fendue sur la ligne médiane avec une portion du tissu superficiel de la glande. Du pus s'écoule à ce moment; il avait pour cause l'infection de la plaie uréthrale, créée par le cathétérisme. Alors l'index gauche, introduit en pleine glande, décolle dans la moitié droite de celle-ci un noyau de la grosseur d'une noix, et le ramena à l'extérieur; puis un noyau analogue à consistance fibreuse est enlevé de l'autre côté. Légère hémorrhagie veineuse arrêtée par tamponnement.

L'urèthre vers le col vésical s'était ouvert par ces manœuvres d'énucléation, et l'urine s'était précipitée au dehors. Mais l'urèthre prostatique fut reconstitué par la suture de la plaie verticale faite à la glande.

La paroi antérieure du rectum et celle de l'anus furent refaites également. Un drain fut placé en avant dans la plaie périnéale. Avant la fermeture de la plaie et la suture de l'urèthre, une sonde avait été placée.

Cette sonde fut laissée à demeure pendant dix jours. Les suites opératoires ont été remarquables par le soulagement apporté au patient et leur simplicité. L'opéré a pu uriner seul *à volonté* sans incontinence ni rétention à partir du jour où la sonde à demeure a été enlevée. Les mictions qui depuis plusieurs mois avaient lieu sept à huit fois par nuit sont tombées de suite à deux seulement.

Quant à la suture de reconstitution de la paroi antérieure ano-rectale, elle a lâché au-dessus du sphincter et tenu seulement au niveau de l'anus; il en est résulté une sorte de fistule recto-cutanée transitoire qui a laissé passer les matières fécales de ce côté en même

temps que par l'anus. Le malade est parti enchanté, depuis nous avons eu de ses nouvelles par M. le docteur Berger. Il a repris le travail des champs et n'a plus jamais eu à souffrir de sa vessie. Il n'a plus eu de crise de rétention. Le cathétérisme pratiqué par M. le docteur Berger a été facile et a permis de constater qu'il n'y avait pas de résidu urinaire. La fistule recto-cutanée est guérie depuis longtemps.

L'opération date actuellement de 13 mois et le malade, traduisant son contentement, dit que « l'essai que M. Jaboulay a fait sur lui a parfaitement réussi ».

OBSERVATION IV

T..., Nicolas, 60 ans, constitution robuste, bien conservé pour son âge.

Antécédents héréditaires nuls.

Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Blennorrhagie à 20 ans.

Le 27 novembre, au matin, le malade entre à l'hôpital.

Depuis la veille au soir, huit heures, il n'a pas uriné.

Une première tentative de miction deux, trois heures après, reste infructueuse. Il en est de même des suivantes. Un médecin, appelé le matin de bonne heure, essaye le cathétérisme, mais en vain ; sur ce, expédie son malade à l'hôpital. Disons qu'avant d'appeler son médecin, le malade avait essayé lui-même de se sonder et n'avait réussi à ramener que quelques

gouttes de sang. C'est la quatrième fois que pareil accident de rétention lui arrive. Les trois premières fois il a été sondé avec succès par son médecin ; jamais il ne s'est sondé lui-même.

Passant à l'examen de notre malade, nous constatons une vessie énorme remontée à cinq travers de doigt au-dessus des pubis. Les souffrances sont atroces.

La langue est dépouillée ; un peu rôtie sur la ligne médiane.

Facies vultueux. Respiration courte. Sueurs profuses. T : 38° 9.

Du sang s'écoule par l'urèthre mais en très petite quantité.

Le toucher rectal révèle une prostate du volume d'un œuf, qu'on sent immédiatement sous le doigt, tout de suite en amont de l'orifice anal. Sur le champ, M. Jaboulay décide une intervention.

Anesthésie à l'éther. La région périnéale étant préparée, le rectum évacué, le malade est placé dans la position de la taille.

Une nouvelle tentative de cathétérisme, avec une sonde bicoudée, reste infructueuse. Vers la région prostatique, la sonde butte et fait saigner à nouveau.

Sans insister de ce côté, M. Jaboulay s'arme du bistouri. Le raphé périnéal est fendu de l'origine des bourses jusqu'à l'anus. Le sphincter est sectionné. Dès lors, on se tient à la partie postérieure de l'incision. La prostate, reconnue à travers l'ouverture de la paroi antérieure du rectum, est incisée sur la ligne médiane dans son épaisseur. Revenant à la surface de

la glande prostatique, on saisit de chaque côté, à droite et à gauche, avec une pince hémostatique, la capsule glandulaire reconnue. Dès lors, tout instrument tranchant est abandonné. Le doigt pénètre sous la capsule à droite, puis à gauche et, là, travaille comme l'index d'un accoucheur dans un utérus à délivrer. La moitié droite, puis la gauche sont bien vite enlevées. La première moitié est à peine décortiquée, que l'urine s'écoule abondamment par la plaie. La sonde est introduite dans l'urèthre et, guidée sur le doigt, pénètre facilement dans la vessie.

Au niveau de la plaie, cette sonde se trouve à nu sur une certaine étendue, un à deux centimètres environ. La paroi antérieure de l'urèthre prostatique est, en effet, restée intacte, mais la paroi postérieure de ce même segment uréthral s'est effondrée dans la décortication du noyau prostatique hypertrophié. La région ayant été explorée, afin de reconnaître s'il n'existe pas d'autre noyau, les deux moitiés latérales de la partie postérieure de la capsule prostatique sont ramenées en avant et latéralement la moitié droite à gauche, et inversement, de manière à les superposer dans leur plan et à former une double paroi postérieure à la sonde.

Ces deux moitiés de l'enveloppe prostatique sont ainsi suturées dans l'angle antérieur de la plaie où l'aiguille est facilement maniée, et la paroi postérieure de l'urèthre, effondrée, va ainsi se reformer.

Quelques tampons sont laissés dans la partie supérieure du rectum. Deux points de suture au crin de Florence sont placés l'un sur la partie antérieure

de l'incision, l'autre sur le sphincter. Fixation de la sonde à demeure. Pansement à plat. Extrait thébaïque à l'intérieur, 0,05 centigr. par jour.

Examen de la pièce. — La prostate a été enlevée après hémi-section. Cette pièce a été présentée à la Société des Sciences médicales.

Les deux moitiés réunies représentent le volume d'une mandarine. La surface est bosselée, irrégulière. Rien de particulier à la coupe. Macroscopiquement, il s'agit d'un adénome. L'examen histologique n'a pas été fait.

Suites opératoires. — Le lendemain, le malade se trouve soulagé. La miction s'est faite par la sonde. Le malade a uriné trois fois dans la nuit (Nous avons placé, dans ce cas, une sonde à demeure fermée, nous sommes persuadé qu'une sonde à demeure ouverte remplirait mieux les indications). Le surlendemain, 29, nous trouvons, le matin, à la visite, la sonde à sortie moitié, probablement sous l'influence des mouvements du malade dans son lit ou des efforts qu'il aura faits lors des envies d'uriner. Repousser cette sonde étant tout à fait impossible, on préfère l'enlever. Dès lors, le malade urine par sa plaie. Disons toutefois que déjà il urine quand il veut.

30 novembre. — Le malade a souffert toute la nuit. Langue saburrale. T. : 40°. La région hypogastrique est douloureuse à la pression. Le malade prétend avoir besoin d'uriner.

Une tentative de cathéterisme par la verge est infructueuse. La sonde va à chaque fois s'égarer dans le rectum.

En se guidant sur le doigt, une sonde enfoncée par le rectum est, toutefois, assez facilement introduite dans la vessie. Il s'écoule une petite quantité d'urine. Cette sonde rectale étant en place et maintenant ouvert le bout postérieur de l'urèthre prostatique, une nouvelle sonde est placée par la verge. Deux jours après, ces deux sondes se trouvent avoir le même sort que la première. On se résigne donc à laisser le malade uriner par sa plaie et son rectum en ayant soin de faire à ce niveau des irrigations fréquentes et abondantes. De cette façon, on arrive à prévenir l'absorption de l'urine par la plaie et à empêcher l'infection urineuse.

Au sixième jour, un purgatif évacue l'intestin. L'extrait thébaïque est supprimé. A partir de ce jour, si le malade urine toujours par son rectum, il urine quand il veut et urine sans douleur.

Le 22 décembre, le malade part enchanté du résultat de son opération. Lors des mictions, quelques gouttes d'urine, le premier jet sortent par la verge, le reste du contenu vésical se vide par le rectum et l'anus. Sauf les deux ou trois premiers jours jamais d'incontinence des matières.

Le 23 janvier, le malade revient se montrer. Il est enchanté, a repris son travail de tailleur. Son sphincter urétral comme son sphincter anal est parfaitement continent. Il urine toujours en majeure partie par son rectum, ce qu'il ne trouve pas même gênant. La seule chose qui l'ennuie c'est la fréquence des envies d'uriner. Il urine trois ou quatre fois dans la nuit et

encore plus souvent dans la journée. Ces urines sont toutefois claires et ne forment aucun dépôt.

20 décembre 1901. — Le malade a été revu à plusieurs reprises depuis son opération. Jusqu'à présent il n'a jamais eu de crise de rétention et cependant il ne surveille pas beaucoup son régime. L'urine passe toujours en partie par le rectum, en partie par la verge, ce qui est un peu ennuyeux pour le malade, car il est obligé chaque fois de prendre la position accroupie pour uriner. Il a toujours des envies fréquentes d'uriner. Ses urines sont claires. Le toucher rectal permet bien de sentir l'orifice uréthro-rectal au centre d'une cicatrice déprimée. On ne sent plus rien en fait de masses prostatiques. Le cathétérisme n'a pas été essayé.

OBSERVATION V

Desguillaumes (Jean), 66 ans, pensionnaire du Dépôt de mendicité d'Albigny, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, pour de la rétention d'urine.

Depuis deux jours le malade vide mal sa vessie. Il a souvent envie d'uriner. A peine quelques cuillerées d'urine sont-elles expulsées au prix de beaucoup d'efforts. Avec cela son ventre est volumineux. La palpation et la percussion dénotent une vessie énorme dépassant le pubis de trois à quatre travers de doigts. Le cathétérisme est pratiqué facilement avec la sonde de Gelly. Avec les autres sondes en caoutchouc ou en gomme, n'arriveront pas à franchir l'obstacle.

L'urine est un peu trouble, sanguinolente.

Il y a quatre ans que le malade souffre de sa vessie

et a de la peine à uriner. A plusieurs reprises il a eu des menaces de rétention. A un moment donné, il avait acheté une sonde mais il ne s'en est pas longtemps servi.

Actuellement on constate une prostate volumineuse appréciable tant au toucher rectal qu'au cathéter.

La contractilité vésicale est bien faible. L'urine s'écoule de la sonde en bavant, et il n'y a que les contractions de la paroi abdominale qui augmentent la force du jet.

Le malade venant d'uriner, la sonde retire encore 100 à 150 grammes d'urine. Léger disque d'albumine.

Langue saburrale. E. : 38° 2.

On propose l'opération au malade, mais celui-ci ne veut rien savoir, car il dit qu'il a connu un de ses amis qu'on avait fait pisser par le ventre et il ne veut à tout prix pas être comme lui. On lui explique de quoi il s'agit et on le décide.

Depuis les deux jours qu'il est entré et qu'on lui fait des lavages de sa vessie, la contractilité vésicale paraît revenir un peu.

Opération le 22 février, par le procédé décrit.

Rien de particulier au cours de l'opération.

L'opération a été faite sans avoir mis au préalable un cathéter dans la vessie.

Les deux fragments de prostate enlevés ont chacun le volume d'une grosse noix.

L'urèthre prostatique a été ouvert sur une étendue de 1 centimètre au moins. Deux points de suture rapprochent le bout antérieur du bout postérieur, la sonde à demeure étant en place.

Examen histologique (M. le Professeur agrégé Paviot). — L'hypertrophie est pour sa plus grande part constituée par une transformation oedémateuse et kystique des glandes et pour une part plus petite par un tissu musculaire lisse plus abondant qu'habituellement.

Les glandes sont du type surtout cylindrique, quand habituellement ce sont des cellules plutôt du type cubique qui les tapissent.

Non seulement les tubes sont très nombreux, mais aussi par places il y a des acini qui se transforment en grandes cavités tapissées par un épithélium basique.

Enfin, dans l'intervalle de ces glandes ne se voit que du tissu musculaire lisse et ça et là le tissu musculaire lisse forme des nappes tourbillonnantes ou en volutes, montrant ainsi une production myomateuse. Le tissu conjonctif a presque totalement disparu de la glande.

Il n'y a nulle part trace d'inflammation chronique ou récente.

Suites opératoires. — La sonde à demeure ouverte fonctionne parfaitement. L'urine est teintée d'un peu de sang. Un courant d'eau bouillie, lancé de temps en temps dans la sonde, entretient sa perméabilité. Quelques gouttes d'urine doivent cependant passer par la plaie, car elle dégage, au deuxième jour, une forte odeur ammoniacale. Langue un peu saburrale. Degré : 38.2.

24 février, pansement. — Le tamponnement de la plaie est enlevé. Les fils de l'urèthre paraissent tenir parfaitement.

25 février. — Dans la nuit, le malade a voulu aller à la selle, actuellement son pansement est plein de matières fécales. Lavage abondant.

26 février. — La sonde à demeure est enlevée.

27 février. — Le malade perd ses urines dans son rectum et perd ses matières. Il se sent uriner, mais il ne peut opposer à la débâcle urinaire un frein volontaire. Dans ces conditions, un lavage à grande eau de la plaie pratiqué deux fois par jour, paraît nécessaire et est pratiqué. Degré : 38.9. Langue saburrale.

1^{er} mars. — Les phénomènes généraux et locaux se sont amendés. Le malade urine toujours par son rectum, mais aussi par sa verge; depuis hier, il ne perd plus ses urines.

15 mars. — L'incontinence des matières a à peu près totalement disparu.

25 mars. — Le malade part avec sa fistule uréthro-rectale continente.

En décembre, neuf mois après, par conséquent, nous demandions de ses nouvelles à notre collègue et ami, M. Bouvier, interne à Albigny, qui nous répondait : Nous ne savions même pas, M. le docteur Rondet et moi, que ce malade eût été opéré. Il est rentré ici sans rien nous dire de son opération. Il ne s'est jamais plaint, et, comme tous les autres, il travaille la terre, sans que le gardien se soit aperçu de quelque chose de particulier. Il est parfaitement continent, tant de ses urines que de ses matières. La fréquence des mictions a diminué. Il urine en grande majorité par le rectum, ce qui l'oblige à s'accroupir lors de la miction.

Le cathétérisme a été facilement pratiqué. Il ne

révèle aucun résidu urinaire. Le malade vide parfaitement sa vessie.

OBSERVATION VI

Monin (Pierre), 70 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 13 mars 1901. C'est un prostatique qui se sonde régulièrement. Il a eu deux crises de rétention pour lesquelles on a fait venir le médecin. Les deux fois, le cathétérisme a été possible. Depuis, le malade se sonde régulièrement parce qu'il a la sensation, après la miction, qu'il a encore quelque chose dans la vessie. Le malade aurait continué ainsi à se sonder, sans un accident qui l'a beaucoup effrayé. Tout d'abord : un bout de sonde lui est resté dans l'urèthre, c'est pourquoi il vient à l'hôpital. La position de ce bout de sonde présente ce fait curieux qu'il se traduit par de l'incontinence au lieu de s'accompagner de rétention. Cela tient probablement à ce que l'œillet de la sonde est dans la vessie, en place, faisant ainsi sonde à demeure.

Le 14 mars. — Prostatectomie trans-ano-rectale médiane par le procédé décrit. Rien de particulier. La paroi postérieure de l'urèthre prostatique ouverte, le bout de sonde brisée se présente et est enlevé. Il suit par la brèche uréthrale.

Toucher rectal : grosse prostate. On sent la sonde avec le doigt dans le tube périnéal. Le doigt explore la vessie et aide ainsi à l'énucléation de noyaux prostatiques. Deux noyaux prostatiques volumineux, gros à droite comme une petite mandarine, à gauche comme

une noix, sont emmenés. Les deux lèvres, droite et gauche, de l'urèthre prostatique sont suturées sur la sonde en place. La capsule prostatique est ramenée par dessus et fixée en avant. La paroi antérieure du rectum et le sphincter sont laissés ainsi sans suture. Léger bourrage de la plaie à la gaze iodoformée.

Pas d'examen histologique.

Suites opératoires. — Dans son délire d'origine urinaire et infectieuse, le malade arrache la sonde le premier soir.

Une nouvelle sonde à demeure est placée; mais en remplaçant cette sonde on fait sauter la suture de l'urèthre prostatique (en supposant que cette suture n'eût pas déjà sauté) car la sonde est introduite en deux temps. Du méat dans la plaie périnéale et de la plaie périnéale dans la vessie.

Lavages bi-quotidiens de la vessie et de la plaie périnéale.

Phénomènes généraux un moment assez maigres, s'amendent ainsi rapidement.

Ablation de la sonde à demeure, au dixième jour le malade urine dès lors à volonté mais la plus grande partie passe par le rectum.

Incontinence du sphincter anal persiste encore quelques jours.

Au 25^e jour, le malade se lève parfaitement continant et de sa vessie et de son rectum. Les envies d'uriner sont toujours aussi fréquentes.

Fistule uréthro-rectale persiste, le malade part assez content; une seule chose l'ennuie, c'est qu'il ne peut plus se « passer la sonde ».

Chez lui le cathétérisme était devenu une habitude et quoique sa sonde alla se perdre chaque fois dans son rectum il ne manquait pas de se sonder une fois par jour.

Le malade, pensionnaire des Petites Sœurs des Pauvres, à Villeurbanne, a été revu huit mois après l'opération. Il a toujours sa fistule uréthro-rectale. Les mictions sont aussi fréquentes qu'avant et, par conséquent, guère plus abondantes.

Notre malade prétend avoir toujours la sensation du besoin d'uriner. Sur ce, nous retournons le voir nanti d'une sonde en gomme et nous lui pratiquons le cathétérisme de la vessie. Il n'y a absolument pas de résidu urinaire. Les urines sont claires, contenant de l'albumine.

OBSERVATION VII

Chambouret, 62 ans, propriétaire (Haute-Loire).

Début des phénomènes dysaniques il y a 18 mois. Polakiurie. Douleurs à la miction. Est venu consulter à Saint-Étienne où on l'a sondé.

A la suite de ce cathétérisme, fièvre, apparition de pus dans les urines, Orchido-épidydimite gauche. Le malade a uriné du sang une fois.

Actuellement, ce malade a de la cystite. Il urine du sang de temps en temps au début de la miction. Les urines contiennent du pus. Depuis quatre à cinq jours le malade a de la fièvre, de l'inappétence. La langue est saburale. Les envies d'uriner impérieuses et très fréquentes. Le malade assure ne s'être sondé que ces deux derniers mois et ne s'être sondé qu'une fois. Au

toucher rectal, cathétérisme difficile. Urèthre prostaté très sensible. Malade ne pouvant pas supporter une sonde à demeure. Le jet d'urine est assez fort. Le malade accepte l'intervention. Prostatectomie transano-rectale médiane. Hyperthrophie diffuse. On ne trouve pas de noyau énucléable. On taille de chaque côté deux coins de substance prostatique. Une sonde a été fixée à demeure. Cette sonde est à nu sur une longueur d'un centimètre et demi environ. Un point de suture réunit les deux lèvres postérieures de l'urèthre ainsi fendu. La capsule n'ayant pas pu être ici isolée et ramenée pour reformer la paroi postérieure du canal. Un seul point de suture est placé au niveau du sphincter.

Le soir le malade est agité, 39°2. Langue saburrale.

26 avril. — Dans la nuit, le malade a arraché sa sonde. Il a uriné cependant, mais pas par la verge. Son pansement au niveau du périnée dégage une forte odeur ammoniacale. On fait sauter le fil placé au niveau du sphincter. Lavage abondant de la plaie. On replace une sonde à demeure mais dans cette manœuvre on fait sauter le fil de catgut placé sur les lèvres de l'urèthre prostatique.

27 avril. — Le malade a toujours de la fièvre. La plaie périnéale est actuellement infectée. Une débâcle de matières est survenue. Lavage de la plaie matin et soir. Lavage de la vessie.

28 avril. — La T. persiste. 39°2. Le malade tousse. Quelques crachats sanglants. Congestion pulmonaire à la base droite.

30 avril. — On change de sonde à demeure.

3 mai. — Mort. D'après M. Tolot, interne du service à ce moment, le malade serait mort de sa complication pulmonaire.

L'autopsie n'a pu être faite, par suite de l'opposition de la famille.

Examen histologique. — Coupe faite dans une des masses énucléables que présente la glande.

Culs-de-sac glandulaires dilatés. Les uns ont un épithélium fort aplatis. Les autres semblent moins altérés; ces éléments de l'épithélium sont plus élevés.

Entre ces culs-de-sac, tissu conjonctif assez réduit.

Rien dans la lumière des acini.

Pas de signes d'artério-sclérose.

Tout autour de l'ensemble de ces culs-de-sac, coque musculo-conjonctive.

C'est le type d'hypertrophie mixte d'Albarran, l'adéno-fibrome de Launois; mais contrairement à ce dernier, pas d'artério-sclérose.

OBSERVATION VIII

Duchaime Michel, 72 ans, début des phénomènes dysuriques, il y a deux ans, douleurs depuis 18 mois, hématuries à plusieurs reprises. Pyurie depuis plus de 5 à 6 mois. C'est à peu près depuis ce temps là que le malade se sonde quotidiennement, cinq, six fois dans la journée et autant la nuit.

Actuellement, urines troubles. Les envies d'uriner sont très fréquentes. Il ne s'écoule que très peu d'urine lors de la miction volontaire. Le jet n'a pas de force. La vessie est paresseuse. La sonde retire environ

150 grammes d'urine trouble, à peu près exclusivement purulente vers la fin. La vessie paraît avoir perdu entièrement sa contractilité. L'augmentation de la force du jet ne paraît correspondre qu'à la contraction des muscles de la paroi abdominale. Elle est passagère au lieu d'être continue et va tout de suite en diminuant.

Toucher rectal: Prostate volumineux faisant fortement saillie dans le rectum, mais haute.

27 mars. — Intervention acceptée. Rien de particulier au cours de l'opération. On enlève de chaque côté un noyau prostatique du volume d'une grosse noix.

Ex. anat.-pathologique.

Examen histologique. — A côté des culs-de-sac à peu près normaux, mais présentant cependant dans la lumière centrale des masses amorphes avec quelques polynucléaire, on trouve des cordons cellulaires pleins, composés de cellules à noyau bourgeonnant à protoplasma semé de vacuoles. Plus trace de lumière centrale. Travées cellulaires, séparées les unes des autres par du tissu conjonctif assez réduit.

Pas de signes d'artério-sclérose des vaisseaux.

En somme, on a affaire à l'hypertrophie décrite par Albarran, sous le nom d'adénome-épithéomateux.

Suites opératoires :

28 avril. — La sonde a parfaitement tenu. Tout va bien. La plaie qui a été largement ouverte a bon aspect.

29 avril. — La sonde s'est bouchée pendant la nuit. Ce matin, on constate une vessie énorme, remontée au-dessus du pubis de plusieurs travers de

doigt et faisant un globe très appréciable et à la vue et au palper. : C. 9°. Langue saburrale. La sonde ne pouvant être débouchée est retirée. Elle était obturée en effet par un gros caillot. Une autre sonde est passée. De l'urine trouble, légèrement teintée de sang, s'écoule.

30 avril. — Mort avec des phénomènes d'infection.

L'autopsie n'a pu être faite par suite de l'opposition de la famille.

OBSERVATION IX

Goddand, 39 ans. Opéré à différentes reprises pour des phénomènes infectieux et douloureux à une calculose de tout l'arbre urinaire. Nephrotomie par M. Jaboulay pour un rein calculeux suppuré. Des calculs s'étant formés dans la vessie dont rien ne venait à bout : cystotomie sus-pubienne. Le malade continuant à souffrir et sa prostate étant douloureuse au toucher et au cathétérisme, Jaboulay lui propose l'exérèse d'une partie de sa prostate enflammée et hypertrophiée.

Opération par le procédé ordinaire. Résultat bon. Pas de fistules. Soulagement des douleurs.

Examen histologique de M. le professeur agrégé Paviot. — Au sens inflammatoire des terminaisons en « ite », données aux lésions des organes, ce que révèle les coupes de l'organe, n'est pas un *prostatite*. Mais on a un très bel *adénome cylindrique* de l'organe, sans augmentation anormale de fibres musculaires brisées et surtout sans sclérose aucune.

Voici les observations de prostatectomie périnéale

que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

OBSERVATION X (Alexander).

58 ans. Histoire d'obstruction prostatique depuis plusieurs années, fréquentes attaques de rétention. A son entrée à Bellevue-Hospital, il pouvait uriner volontairement une très petite quantité. Urine chargée de pus, albumine, cylindres.

Opération. — 30 septembre 1895. Deux gros lobes latéraux et une hypertrophie médiane furent enlevés sans grande difficulté.

Le malade parut aller bien jusqu'au 2 octobre quand il se développa une pneumonie, l'urine devint rare, la plaie périnéale devint gangréneuse, et une petite fistule se forma entre le rectum et la plaie périnéale. Il mourut deux jours plus tard.

Il y eut une entière anurie pendant les dernières douze heures.

Le malade avait été opéré seulement comme dernière ressource et sa mort ne fut pas une surprise. Ce cas est un exemple de ceux dans lesquels les moyens opératoires sont employés trop tard. Je préférerais, avec mon expérience actuelle, faire dans un cas semblable le drainage vésical, plutôt que la prostatectomie.

OBSERVATION XI (Alexander).

M...., âgé de 64 ans, gros buveur, a eu plusieurs attaques de coliques néphrétiques avant 40 ans. Un an après sa dernière attaque, il a rendu trois calculs par

l'urèthre. Histoire de mictions fréquentes depuis plusieurs années. Cinq ou six mois avant son admission, il commença à avoir des symptômes aigus pour lesquels il demande maintenant un soulagement.

Il avait une douleur brûlante, spécialement forte après la miction, grande fréquence et urgence, qui augmentaient par les cahots. Le jet de l'urine était faible et soudainement arrêté. Il n'avait jamais rendu de sang.

Urine : poids spécifique 1010 ; petite quantité d'albumine et grande quantité de pus. L'examen microscopique montra beaucoup de cellules du sang. Pas de cylindres. L'exploration rectale et uréthrale montra une hypertrophie modérée de deux lobes latéraux et une portion médiane saillante. La quantité d'urine résiduelle était d'environ cinq onces. L'exploration de la vessie par l'explorateur montra de nombreux calculs.

Cystotomie supra-pubienne, pratiquée le 20 avril 1895 après anesthésie par éther. Six calculs, chacun de la grosseur d'une noisette, furent enlevés.

L'exploration digitale de la vessie montra que l'hypertrophie prostatique formait un tour ou col épais autour de l'orifice vésical, faisant ainsi un bas-fond très profond, derrière la prostate.

Une incision périnéale fut faite et la prostate entière enlevée à travers l'orifice contre l'autre. L'explorateur montra la présence de calculs saillants dans l'urèthre prostatique. Résidu urinaire, environ six onces (environ 180 grammes). L'once représente environ 30 grammes. Force expulsive de la vessie complète-

ment bonne. L'urine montrait une cystite chronique ; les reins étaient sains.

Opération, 22 janvier 1894. — Anesthésie éther. Environ cinquante calculs et la prostate furent enlevés Ceci étant ma première opération pour cette méthode la prostate fut enlevée pièce à pièce. Le tube péri-néal fut enlevé, le cinquième jour, parce que le malade se plaignait de souffrir et fut réintroduit toutes les deux heures.

OBSERVATION XII (Alexander)

C. B., âgé de 59 ans, admis à Bellevue-Hospital en janvier 1894. Symptômes d'obstruction prostatique depuis plus d'un an. Grande fréquence jour et nuit, ténesme intense à la fin de la miction ; hématuries fréquentes. Il passait environ une demi-once à chaque miction ; n'a jamais employé régulièrement le cathéter, L'exploration rectale et uréthrale montra une prostate d'un contour très irrégulier, le lobe droit plus gros que le gauche et d'une petite saillie médiane. La pression sur la prostate causait une vive douleur et révélait la présence de calculs dans sa substance, qui pouvaient être frottés, l'un inférieur. Le malade se releva bien de l'opération, mais le second jour se développèrent des symptômes urémiques, avec anurie presque complète et il mourut le 24 avril, quatre jours après l'opération.

L'autopsie montra une artério-sclérose généralisée, les valvules du cœur épaissies, des dépôts calcaires dans les coronaires, les poumons œdédiés. Emphy-sème bien marqué, bronchite modérée. Foie friable

pesant cinq livres. Un seul calcul dans le bassinnet du rein gauche.

Le rein montre une néphrite parenchymateuse chronique.

Aucune apparence de suppuration autour des plaies opératoires.

Lamuqueuse de la vessie et de l'urèthre prostatique est intacte.

Pendant les vingt-quatre heures suivantes; le tube supra-pubien fut enlevé le sixième jour. Les deux plaies guériront bien. Le malade émit toute son urine par l'urèthre à la fin de la quatrième semaine. Il fut gardé en observation jusqu'au 24 mars 1894, où il fut renvoyé guéri. Il pouvait alors vider complètement sa vessie, et son urèthre admettait aisément une sonde n° 23 F. Le malade allait bien en avril 1896.

OBSERVATION XIII (Alexander)

L. R. B.,, âgé de 56 ans. Symptômes d'obstruction prostatique, depuis plus de six ans ; miction difficile. Pendant les deux mois précédents, il a souffert de temps en temps d'incontinence. Il eut, il y a deux ans, une attaque de rétention complète, après s'être exposé au froid.

Cela fut terminé par un cathétérisme, et depuis lors il urinait avec grande difficulté environ toutes les heures. Il y a six mois, il eut une seconde attaque de rétention terminée par un cathétérisme et qui fut suivie d'une cystite grave. Il employait, depuis lors le cathétérisme toutes les quatre heures avec peu de

résultats. La première fois que je vis le malade, il avait une rétention complète (sa troisième attaque). La prostate était uniformément hypertrophiée dans les lobes latéraux et était très molle. Une sonde béquille fut passée avec quelque difficulté; seize onces d'urine coulèrent. Pendant deux semaines le malade fut régulièrement cathétérisé et sa vessie soignée. Le résidu urinaire, après que la miction volontaire fut rétablie, était de près huit onces. Il refusa absolument de continuer un régime de cathétérisme et de lavages, et demanda une opération. Celle-ci fut bientôt pratiquée par moi en février 1894. Les sondes enlevées respectivement le quatrième et le sixième jour.

Les plaies guérissent heureusement et furent complètement fermées la cinquième semaine.

Le malade partit chez lui dans une autre province et a depuis lors rapporté que son urine reste claire et qu'il vide complètement sa vessie. Dans ce cas les deux lobes latéraux furent enlevés complètement.

OBSERVATION XIV (Alexander)

J. P..., âgé de 66 ans. Symptômes prostatiques datant de douze ans, quand il commença à avoir des fréquences. Il avait usé du cathéter toutes les quatre heures dans les six dernières années et avait lavé sa vessie une fois par jour avec différentes solutions aseptiques. Six mois avant il avait eu une rétention complète et depuis lors il avait souffert d'une grave cystite. Les intervalles des cathétérismes étaient

devenus plus courts dans les deux derniers mois. Il était obligé maintenant de passer son cathéter toutes les deux heures nuit et jour,

La vessie avait une petite force expulsive. Il avait huit onces de résidu urinaire. L'examen rectal montra une hypertrophie égale très molle des deux lobes latéraux.

Urine : poids spécifique, 1021 ; alcaline, ammoniacale, épaisse, dépôt purulent, traces d'albumine, pas de sucre, pas de moules.

Comme l'état du malade devenait beaucoup plus mauvais, une opération fut proposée et acceptée.

Opération en octobre 1895, Deux grosse masses latérales furent enlevées sans grande difficulté. La vessie était un peu épaisse. Les drains furent enlevés respectivement le sixième et le dixième jour.

Le malade guérit sans incident ; toute son urine passait le vingtième jour.

OBSERVATION XV. (Alexander)

T. O. C., âgé de 60 ans, né en Irlande, aucune atteinte vénérienne dans les antécédents. A été atteint, il y a 10 ans, de rétention soudaine qui a cédé au catéthérisme. Admis dans un hôpital, on lui apprit à se sonder et il continua à le faire pendant plusieurs années.

Toutefois, par suite de circonstances de gêne, il cessa l'usage de la sonde et continua à uriner très fréquemment.

Il y a trois mois, il eut une seconde attaque de rétention

qui guérit au moyen du cathéter. Il fut admis dans mon service à Bellevue-Hospital le 11 février 1895, avec une rétention (la 3^e) et une distension considérable accompagnée de miction par regorgement. On le sonda et on retira 32 onces d'urine.

La vessie présentait un état marqué d'atonie. Le toucher rectal démontra une hypertrophie des lobes moyen et droit de la prostate.

Avec la sonde de Mercier, le catéthérisme n'était pas difficile, une sonde molle ne put être introduite. Il fut cathétérisé quatre fois, et la vessie lavée depuis ce jour jusqu'au 17 mars.

Après cette date, le malade pouvant uriner volontairement, la valeur d'une demi-once, il restait dix onces. Il fut impossible de lui enseigner l'usage du cathéter et du lavage de la vessie, et comme il n'avait d'ailleurs aucune facilité pour pratiquer ce lavage lui-même en dehors de l'hôpital, une opération fut proposée et acceptée.

Opération, 18 mars. — Anesthésie par l'éther, opération combinée, procédé d'Alexander :

Une large portion du lobe droit et une plus petite du lobe moyen sont enlevées à travers l'ouverture périnéale, non sans quelque difficulté. Hémorrhagie négligeable.

25 mars. — On enlève le tube supra-pubien.

3 avril. — On enlève le tube périnéal, on passe une sonde n° 32, l'ouverture supra-pubienne est à peu près fermée, aucune issue d'urine.

Le 24, la plaie périnéale est fermée, l'urine passe par l'urèthre ; il y a deux onces de résidu, dus à l'atonie.

Le sujet urine toutes les quatre ou cinq heures et vide sa vessie à peu près complètement.

OBSERVATION XVI (Hotchkiss)

Malade entré à l'hôpital Bellevue, le 24 août 1896. Depuis l'âge de 20 ans, plusieurs blennorrhagies. Depuis dix ans, mictions pénibles, et finalement crise de rétention qui nécessita une ponction sus-pubienne.

Séjour pendant quelque temps à l'hôpital; uréthrotomie externe qui améliore notablement son rétrécissement; mais quelques mois plus tard, les mictions redeviennent pénibles.

Le malade dit s'être sondé de temps en temps depuis cette époque, puis dans les trois semaines qui ont précédé l'admission à l'hôpital, le malade s'est constamment sondé. Il a été atteint pendant longtemps de douleurs et de fréquence de la miction; mais pendant les trois dernières semaines l'irritabilité de la vessie était devenue si intense et le spasme si pénible que les mictions se reproduisaient à quelques minutes seulement d'intervalle, et qu'il survenait fréquemment des crises de rétention pour lesquelles il était obligé de recourir au cathétérisme.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, symptômes de cystite très aiguë, douleurs intenses. Le cathétérisme permet d'obtenir 180^{cc} 3 d'urine, alcaline et de faible densité (1010) pleine de pus et de mucus.

Le malade ne peut prendre aucun repos, ni la nuit, ni le jour, en raison du ténesme extrêmement douloureux de la vessie. Il était évident qu'il n'y avait pas

indication de repos au lit avec cathétérisme et lavages.

Le cas semblait exiger un drainage immédiat et complet de la vessie.

Le 25 août, anesthésie par l'éther et cystotomie médiane périnéale suivant le procédé usuel. Avant l'opération, l'examen avait révélé une capacité vésicale tellement réduite que la voie périnéale avait été choisie comme la plus pratique pour aborder la vessie rétractée.

L'exploration digitale de la vessie à travers la plaie périnéale, permet de constater l'hypertrophie des lobes latéraux et médian de la prostate. Le rétrécissement de calibre de l'abouchement vésical de l'urèthre semblait dû à l'accolement des lobes latéraux. En « dilacérant » déchirant avec l'ongle, à travers la muqueuse, ces masses prostatiques hypertrophiées, je parvins à énucléer, avec quelque difficulté, presque toute la prostate. La prostate semblait plutôt molle et succulente. Le lobe médian fut le plus difficile à enlever, car il était au-delà de la partie supérieure de mon doigt.

Pour terminer l'opération, la vessie fut drainée avec une sonde volumineuse par la voie périnéale et un siphonage organisé, pour le séjour au lit du malade.

L'hémorrhagie fut modérée, le schock relativement léger et le patient supporta bien l'éthérisation.

La vessie fut lavée deux fois par jour avec une solution faible de permanganate de potasse.

Le 3 septembre, dix jours après l'intervention, le malade s'asseyait. Les symptômes pénibles étaient considérablement améliorés, et la convalescence suivit son cours, sans incidents.

Sortie le 22 septembre, un peu moins d'un mois après l'entrée. La plaie périnéale était cicatrisée, à l'exception d'une petite surface, couverte de granulations. Pas de fistule. Le malade pouvait uriner sans douleur. La cystite était tellement améliorée qu'un examen pratiqué le 12 septembre, ne montra aucune trace d'albumine, et l'urine était beaucoup plus claire, quoique toujours alcaline.

Je n'ai pas vu le malade depuis sa sortie de l'hôpital, mais je considère le résultat comme excellent, en ce qui concerne les fonctions de la vessie et l'amélioration de sa cystite.

OBSERVATION XVII (Nicoll)

Hypertrophie prostatique. Prostatectomie par voie périnéale et sus-pubienne combinées. Enucléation sous-capsulaire. Ouverture de l'urèthre. Pas de détails sur la suite, mais bons résultats.

OBSERVATION XVIII (Mac-Ewen)

Hypertrophie prostatique, Prostatectomie par le procédé de Nicoll. Ouverture de l'urèthre. Pas de détails; bon résultat.

OBSERVATION XIX (Varlhom)

In Tédénat, *Montpellier Médical*, 1898

Hypertrophie. Prostatectomie périnéale par le procédé de Zukerkandl. Ouverture de l'urèthre. Fistule pendant quelque temps. Bons résultats.

OBSERVATION XX (Küster)

Langendieck, *Archiv. für Chirurgie*, 1891

Hypertrophie prostatique. Excision prostatique par le procédé de Dittel extra-urétral. Bon résultat.

OBSERVATION XXI (Küster)

Hypertrophie prostatique. Excision par le procédé de Dittel extra-urétral. Bon résultat.

OBSERVATION XXII (Küster)

Hypertrophie prostatique. Ouverture de l'urèthre au cours de l'excision. Fistules.

OBSERVATION XXIII (Woosley)

Journal of Cut. and genit-urin. Diseases.

Hypertrophie prostatique. Excision par le procédé de Dittel sans ouverture de l'urèthre. Bon résultat.

OBSERVATION XXIV (Castellana)

Ospedale Civico 1^{re} Lezione. Palermo, 1899.

Hypertrophie prostatique. Excision par le procédé de Dittel sans ouverture de l'urèthre. Bon résultat.

OBSERVATION XXV (Verhoogen)

Annales de la Société Belge, Bruxelles 1900, 233-237.

Hypertrophie prostatique. Prostatectomie partielle sous-capsulaire par le procédé de Nicoll. Opération exclusivement périnéale. Déchirure de l'urèthre.

OBSERVATION XXVI (Tédenat)

Montpellier Médical 1898.

74 ans. Grosse prostate. Rétentionniste infecte. Prostatectomie sous-capsulaire par voie périnéale. Mort en quinze jours, d'infection?

OBSERVATION XXVII

Montpellier Médical 1898.

65 ans. Grosse prostate. Retentionniste infecte. Prostatectomie périnéale sous-capsulaire. Résultat 23 mois après : Résidu urinaire, 40 grammes. Mictions toujours assez fréquentes, trois fois le jour, quatre fois la nuit en moyenne.

OBSERVATION XXVIII

Montpellier Médical 1898.

68 ans. Grosse prostate. Rétentionniste infecte. Prostatectomie périnéale sous-capsulaire. Fistule uréthrale pendant un certain temps. Résultat 17 mois après : Pas de résidu après la miction. Miction toujours fréquente.

OBSERVATION XXIX (Roux)

OBSERVATION XXX (Roux)

Nous savons qu'il existe deux observations de Roux, mais nous n'avons pu trouver l'indication bibliographique exacte.

OBSERVATION XXXI (Delagenière)

Arch. provinciales de Chirurgie, 1898

Hypertrophie prostatique avec phénomènes urinaires. Rétentionniste. Cancer du rectum. Extirpation du néoplasme et exérèse de la portion de glande hypertrophiée. Blessure et ouverture de l'urèthre. Guérison.

OBSERVATION XXXII (Adenot)

Lyon Médical et Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 16 octobre 1900.

58 ans. Hypertrophie prostatique. Rétention répétées. Cathétérismes. Infection. Fausse route. Cystostomie, puis dans la même séance prostatectomie périnéale. Le décollement sous-capsulaire n'est pas possible. Résection aux ciseaux de tout ce qui est possible du tissu prostatique. Suture de l'urèthre. Sonde à demeure. Drainage de la vessie par tubes de Guyon-Perrier. Guérison.

OBSERVATION XXXIII (Adenot)

Lyon médical et Bull. de la Société de Chirurgie de Paris,
16 oct. 1901

57 ans. Prostate volumineuse au toucher rectal. Hématurie. Douleurs. Pas de rétention. Prostatectomie périnéale sous-capsulaire. Enucléation seule.

Pas d'ouverture de l'urèthre Pas de sonde à demeure.
Le malade urinait seul le lendemain. Guérison au sixième jour.

Le malade est mort de cachexie quatre mois et demi après l'opération. Il s'agissait d'un épithélioma adénoïde malin de la prostate.

OBSERVATION XXXIV (Tuffier)

Annoncée à la Société de Chirurgie

Pas de détails.

OBSERVATION XXXV (Syms)

Annales of Surgery, mars 1899

Un cas. Extirpation sous-capsulaire par voie périnéale. Il s'aide en faisant une laparotomie et en abaissant la prostate par cette incision sans ouvrir la vessie. Guérison en six semaines.

OBSERVATION XXXVI (Sims).

American Medical Association

Dans ce journal est rapporté un nouveau cas de prostatectomie périnéale avec uréthrectomie préalable. Le doigt engagé dans l'urèthre prostatique jusque dans la vessie facilite l'énucléation intro-glandulaire. Drainage périnéal. Bon résultat.

OBSERVATION XXXVII (Freyer)

British Méd. Journal, 1900-98-99 et *The*

59 ans. Douleurs. Urines claires. Traces d'albumines. Résidu urinaire: huit onces. Grosse prostate au toucher rectal. Comme opération préliminaire, ouver-

ture de l'urètrhe au niveau du bec de la prostate. Introduction du doigt dans l'urèthre. Exploration de la vessie. Le doigt refoule la tumeur. Incision de la capsule. Extirpation de la tumeur, la membrane muqueuse de la vessie et de l'urèthre prostatique étant intacte. Drainage du creux utéro-rectal. Une partie de l'urine passe par l'urèthre, une partie passe par le périnée. Le malade sort en décembre. La tumeur est un adéno-fibrome

OBSERVATION XXXVIII (Clarke-Bruce)

British Méd. Journal, 1900

Prostatectomie périnéale.

OBSERVATION XXXIX (Baudet)

Hypertrophie suspecte. Guérison. *Gaz. heb.*, 6 août 1899.

55 ans. Mictions fréquentes et douloureuses. Pas d'injection. Pas d'hématurie. Le malade pisse sur ses bottes. Résidu urinaire de 150 à 350 grammes, toucher rectal : Prostate très volumineuse. Ganglions dans la fosse iliaque.

Opération.— Procédé de Dittel modifié. Pas d'ouverture de l'urèthre. Pas de sonde à demeure. Le malade urine tout seul le lendemain. Un mois après, le résidu urinaire avait considérablement diminué, Fréquence des mictions maintenue.

OBSERVATION XL (Doyen)

(*Congr. de Chirurgie* 1900). — Tuberculose du testicule gauche, du canal déférent, de la prostate et

des vésicules séminales. Fistule uréthro-rectale et fistule purulente inguinale qui communiquent avec l's iliaque. Ablation de la prostate et des vésicules séminales par voie périnéale à travers le sphincter aval fendu. Ouverture de l'urèthre sur sa paroi postérieure. Quatre points de suture antéro-postérieurs allant du canal au pourtour du col de la vessie. Résultat parfait.

Doyen rapporte à cette occasion un deuxième fait. Homme de 33 ans, atteint de tuberculose de la prostate des vésicules. Même intervention avec suture de l'urèthre au col de la vessie. On ne donne pas de résultats.

OBSERVATION XLI

(Rydegier). (*Congrès des Chirurgiens polonais, Krakem, 1900*) In *Centrallblatt für Chirurgie*, 1901, a rapporté deux nouvelles observations de prostatectomie avec résultats. L'analyse du *Centrallblatt* ne donnait aucun détail; il nous a été impossible de nous procurer l'original. Rydegier avait exécuté auparavant deux prostatectomies par voie para-sacrée ce qui porte à quatre le nombre d'opérations exécutées par lui.

Ajoutons les dix-huit observations d'Albarran dont deux anciennes avec résultat datant de deux ans; huit datant de six mois et huit toutes récentes, sans détails, mais toutes avec excellent résultat, ce qui porte à 62 les cas de prostatectomie périnéale dans l'hyperthrophie prostatique laissant de côté les cas douteux et mal exécutés de Thompson, Langenback.

CHAPITRE IV

Résultats et indications

Vouloir apporter dans ce chapitre des résultats ayant une grande valeur paraît prématuré. Que conclure de cas aussi peu nombreux et surtout aussi disparates ? Quelle peut-être la valeur d'un résultat de 6 mois, voire même d'un an ? L'amélioration obtenue se maintient-elle ? L'obstacle à la miction étant supprimé, la sclérose vésicale s'arrête-t-elle dans sa marche envahissante ? L'ablation de l'obstacle prostatique n'étant que partielle ne voit-on pas survenir la récurrence ? Voilà tout autant de points que nous ne pouvons trancher dès aujourd'hui. Mais nous pouvons juger de la bénignité de l'opération, et appeler l'attention sur les résultats immédiats maintenus pendant tout le temps que les malades ont été observés.

L'acte opératoire n'est pas grave et ses suites ne sont pas très dangereuses. Sur soixante observations, il n'y a que quatre cas de mort. Un d'Alexandre pneumonie au quatrième jour d'infection de la plaie et de rétention vésicale. Une de Tédénat avec mort le quatrième jour, deux de Jaboulay, mort le sixième et le huitième jour, l'un de broncho-pneumonie, l'autre d'infection de la plaie.

Mais au sujet de ces deux malades de M. Jaboulay nous faisons toute restriction, bien persuadés que sans le changement de service qui a lieu dans les hôpitaux au mois de mai, ou que dans un autre milieu ces malades auraient parfaitement guéri.

Maintenant quels sont les résultats obtenus au point de vue de la miction. Les malades gagnent-ils à être opérés. Avec des cathétérismes quotidiens, une sonde à demeure arriverait-on au même résultat ?

Les résultats, nos adversaires seront bien obligés de l'avouer, sont vraiment encourageants. Avec la suppression de l'obstacle et souvent du foyer prostatique, on voit diminuer les douleurs et la fréquence des mictions. A-t-on à faire à un rétentionniste infecté, ayant du pus dans ses urines et faisant de la fièvre, c'est le cas de nos opérés d'urgence (Obs. II, Obs. IV et Obs. V), on voit celle-ci tomber sous l'influence du drainage de la vessie, de la sonde à demeure ouverte. Puis, les premiers accidents passés, la sonde à demeure enlevée, apparaissent les véritables bienfaits de la prostatectomie. La vessie reprend sa contractilité, peu à peu on voit augmenter la force du jet urinaire et les malades arrivent eux-mêmes à faire leur chasse vésicale. Cette contractilité vésicale que le cathété-

risme quotidien, avec lavages de la vessie, arrive à réveiller, paraît à nouveau et augmente tous les jours, sous l'influence de la décongestion prostatique et de la disparition de l'obstacle. Les quatre malades que nous avons pu revoir, celui de chez M. Bondet (Obs. II), que nous avons pu observer huit mois après son opération, tous disaient uriner avec beaucoup plus de force. Il aurait fallu peut-être apporter des chiffres que nous aurait fournis un manomètre avant l'opération et ensuite six mois après. Ces chiffres parleraient davantage aux yeux de ceux qui n'ont pas été témoins. Mais, dans cet ordre d'idées, ce qui montre bien le retour de la contractilité vésicale, phénomène primordial dans l'évolution de la maladie, c'est la diminution, et même dans plusieurs cas, la disparition du résidu urinaire. Ceci est noté dans la majorité des observations. Comment est obtenue cette diminution du résidu urinaire? Autant, certainement, par la disparition du bas-fond vésical que par le retour de la contractilité.

Avec la disparition du résidu urinaire, c'est la fin aux fermentations vésicales, le sursis à la pyélonéphrite ascendante. Toutefois, il y a un symptôme dont l'amendement n'est que relatif, c'est la pollakiurie. Les envies fréquentes d'uriner, qui ont bien cédé chez le malade de l'observation II, se sont maintenues dans les observations IV et V. A quoi tient cette fréquence de miction? Est-elle liée à de la cystite ou à une cause purement nerveuse? Il est bien difficile de le dire.

Il est une autre complication sur laquelle les

malades vous questionnent et de laquelle ils voudraient bien être à l'abri, j'ai parlé de la crise de rétention.

Laissant de côté huit des observations d'Albarran et celle de Tuffier dans lesquels cas la date de l'opération est, au moment de la publication, de moins de 6 mois, laissant de côté aussi les observations sans détails au nombre de deux il nous reste quarante-neuf observations ne comportant aucune récidive. Je sais bien qu'on dira que toute l'amélioration constatée peut être mise encore sur le compte de la décongestion, mais qu'à une nouvelle poussée congestive les mêmes phénomènes se reproduiront. Ceci n'est qu'une hypothèse. Le temps seul se chargera de répondre. Pour le moment nous apportons un certain nombre d'observations dans lesquelles aucune récidive n'était survenue encore et l'opération datait de plus d'un an.

Retour de la contractilité. Disparition du résidu urinaire, mise à l'abri d'une nouvelle crise de rétention mais c'est là tout ce qu'un prostatic peut demander, c'est la trêve à la sclérose et à l'infection vésicale et pourquoi alors cette opération, au lieu d'être exécutée seulement chez des rétentionnistes et des infectés, ne serait-elle pas pratiquée d'une façon plus précoce, cherchant alors à proprement parler la cure radicale de cette affection. Pour le moment nous n'irons pas jusque-là, car si cette opération donne de bons résultats au point de vue des fonctions de la vessie, elle présente encore bien des aléas au point de vue de l'intégrité de traversée urétrale. Bien souvent en effet les malades ont des fistules. On peut dire même qu'ils en ont 90 %

lorsque l'urèthre a été ouvert ou déchiré. Venant s'ouvrir dans le tissu cellulaire et à la peau, ces fistules ont une tendance assez grande à se fermer d'elles-mêmes, venant s'ouvrir dans le rectum elles sont permanentes.

Dans le tissu cellulaire elles s'infectent, font quelque fois souffrir le malade, donnent lieu à des abcès. Sont-elles larges, le malade est obligé pour uriner d'adopter la position accroupie.

Mais qu'est cela dans la balance, en opposition avec les avantages que nous venons de signaler ?

Faut-il faire un chapitre spécial au sujet des résultats obtenus plus particulièrement par la voie trans-ano-rectale médiane ? A proprement parler, non. Nous avons démontré que comme procédé opératoire celui de M. Jaboulay était bien supérieur à tous les autres ; il suffit qu'au chapitre résultats nous n'arrivions pas à lui trouver de désavantages comme gravité opératoire. La statistique n'est pas pour nous maintenant ; mais nous avons la ferme conviction que nos deux malades n'auraient pas dû mourir. L'acte opératoire est en lui-même moins grave que par les autres procédés puisqu'il dure moins longtemps ; les suites opératoires sont-elles plus graves ? Peut-on se mettre à l'abri des souillures du rectum et peut-on travailler à ce niveau aussi aseptiquement que dans le tissu cellulaire prérectal ? La section du sphincter anal est-elle sans inconvénient ? A cela nous répondons : l'incontinence du sphincter anal, par suite de sa section, est temporaire ; et l'infection peut être évitée aussi bien

dans une opération sur la prostate que dans un Whitehead pour hémorroïdes.

Voilà pour les résultats de la prostatectomie partielle sous-capsulaire ; ceux de la prostatectomie totale présentent un tableau plus sombre au point de vue absolu. Relativement, toutefois, à la gravité des cas dans lesquels nous la considérons comme indiquée, elle donne des résultats. Ce n'est pas la prostatectomie partielle qui est à mettre en parallèle avec la cystostomie ; les résultats n'ont rien de comparable ; c'est la prostatectomie totale.

Cette question des résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique mise à l'ordre du jour du congrès international de Paris 1900 était alors prématurée. Aussi le rapporteur, von Frech, de Vienne, était-il plutôt pessimiste. « Ces opérations, dit-il en parlant des prostatectomies, doivent être regardées comme graves et trop dangereuses vu l'âge avancé et la faiblesse si fréquente des malades... » et plus loin : « L'effet durable de toutes ces opérations peut devenir illusoire plus tard par la formation de cicatrices dures et hypertrophiques qui constituent un nouvel obstacle au bien par le progrès de l'hypertrophie de la glande et par la formation de nouveaux bourrelets et éminences. »

M. Legueu, co-rapporteur, était au contraire plus optimiste, mais ma foi sans plus de raison, le nombre des faits n'étant pas assez grand pour lui permettre de tabler. Aujourd'hui nous pouvons dire que la prostatectomie n'est pas une opération grave et qu'elle donne des résultats encourageants que ne donnent pas

les autres méthodes. Cathétérisme, sonde à demeure, opérations palliatives telle que la cystostomie sus-pubienne. C'est ce que nous allons tâcher d'établir en faisant les indications de l'opération. Ce que nous voudrions établir, ce qu'Albarran, Jaboulay, Gosset et Proust ont dit et répété, c'est que la prostatectomie doit être une opération précoce. Il faut pratiquer l'exérèse de l'obstacle prostatique avant que la vessie soit forcée, que la sclérose et l'infection aient fait leur œuvre, que la pyélo-néphrite soit établie.

Doit-on dire avec Albarran dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, que lorsque la prostate avait acquis un certain volume, l'opération est indiquée dans tous les cas à la première période, qu'elle l'est encore dans les rétentions chroniques incomplètes ou complètes aseptiques ou lorsque les urines étaient peu infectées ?

Depuis, M. Albarran est revenu sur cette question, et à la Société de Chirurgie, octobre 1901, il prétend ne plus chercher l'indication mais bien la contre-indication opératoire.

Les principales de ces indications sont le trop grand âge du malade lorsque le sondage est facile ; les suppurations péri-prostactiques et péri-vésicales étendues les lésions rénales doubles graves, la cachexie urinaire avancée ou le mauvais état général tenant à d'autres causes.

Nous ne pouvons que souscrire à ces propositions. En effet, une contractilité vésicale très faible n'est pas une contre-indication. La fièvre, l'infection urinaire, l'albuminurie n'en sont pas. Les phénomènes généraux,

en effet, se trouvent très bien et assez vite, avec une sonde à demeure ouverte.

Car ce n'est somme toute que cela que nous faisons contre les lésions vésicales, immédiatement après l'opération. Aussi sommes-nous persuadés que quelques cathétérismes évacuateurs aseptiques suivis de lavages vésicaux pratiqués pendant les quelques jours d'avant l'opération permettraient à la contractilité vésicale de s'essayer. Voudrions-nous par cela dire que la prostatectomie n'est pas une opération d'urgence. Loin de nous cette idée. Dans nos observations II et IV elle a été pratiquée et a donné un résultat parfait. C'étaient là des malades qu'on aurait certainement cystostomisés. Actuellement tous les deux piochent la terre et vivent de leur travail; feraient-ils cela avec un méat sus-pubien incontinent. Mais nous avons affaire à une troisième catégorie de prostatique : c'est un urinaire infecté; sa vessie est un véritable abcès, et il appartient à ce groupe de malades qui supportent très mal la sonde à demeure. A ces malades l'opération est à essayer parce qu'ici la sonde à demeure n'est plus dans les mêmes conditions que normalement. La sonde n'est pas serrée au niveau de la prostate et du col vésical, en second lieu la sonde draine la totalité de la vessie, le bas-fond vésical disparaissant par l'ablation de la prostate.

Voici les indications de la prostatectomie partielle sous-capsulaire, quant à celles de la prostatectomie totale avec fistule vésico-rectale, elles se rapprocheront beaucoup de celles qu'on accorderait à la cystos-

tomie sus-pubienne avec l'avantage que celle-là réussit où celle-ci échoue, car le drainage est, par notre opération, fait au point le plus déclive. Elle est indiquée dans le cas où la vessie a perdu toute contractilité, où cette vessie sclérosée est un véritable abcès et mérite un plus large drainage que celui d'une sonde à demeure, dans les cas où la prostatectomie partielle ne suffit pas ; les cas aigus où ce serait crime de s'arrêter à une question de résultat fonctionnel tardif plus ou moins bon alors qu'il s'agit de parer rapidement à des accidents pouvant devenir promptement mortels ; les cas chroniques et désespérément chroniques ou une infection vésicale avec suppuration, calculose, douleurs ne cédant à rien, pas même à la cystostomie sus-pubienne, et faisant dire au malade qu'une fistule vésico-rectale est encore ce qu'il y a de mieux dans ce pire ; voilà les indications de la prostatectomie totale.

CONCLUSIONS

1° L'hypertrophie prostatique de par la clinique et de par l'anatomie pathologique est justiciable de l'exérèse de la glande prostatique hypertrophiée.

2° La prostate doit être abordée par la voie trans-ano-rectale médiane (procédé de M. Jaboulay). Par ce procédé, la prostatectomie est une opération facile, rapide et sans danger. Les suites opératoires doivent être attentivement surveillées.

3° Cette exérèse prostatique peut être partielle ou totale. Partielle, elle doit être faite sous-capsulaire-ment, soit par le procédé de Nicoll (énucléation sous-capsulaire) soit par le procédé de Dittel modifié par Freyér, c'est-à-dire l'excision aux ciseaux avec le doigt dans l'urèthre comme conducteur. Dans tous les cas elle doit être faite autant que possible en ménageant l'urèthre dans son intégrité. Totale, elle comporterait l'ouverture délibérée de la vessie dans le rectum (fistule vesico-rectale).

4° La prostatectomie partielle sous-capsulaire (énu-

cléation prostatique) est dans l'hypertrophie prostatique l'opération la plus indiquée, elle doit être pratiquée d'une façon précoce, la prostatectomie totale étant réservée aux cas où la vessie est un véritable abcès. Avec la prostatectomie partielle la miction reste volontaire, le résidu urinaire diminue, disparaît même, la contractilité vésicale se rétablit et la cure radicale serait obtenue si la miction se faisait entièrement par la verge, alors que presque toujours il reste une fistule uréthro-rectale.

La prostatectomie totale, telle que nous la préconisons, n'est, somme toute, qu'une large fistule vésico-rectale. Elle a tous les inconvénients de cette fistule, mais elle a l'avantage d'être le meilleur drainage de la vessie.

VU :

Le Président de la Thèse,

GAILLETON.

VU :

P^r le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyön, le 27 décembre 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT. — Lyon Médical, Société de Chirurgie, oct. 1901.
- ALBARRAN. — En traité de chirurgie, Delbet et Le Dentu.
- ALBARRAN. — Société de Chirurgie, 16 oct. 1901.
- ALBARRAN et HALLE. — Annales des organes génito-urinaires, 1898.
- BAUDET. — Gazette hebdomadaire, 1898, et en thèse de Proust.
- CLARKES BRUCE. — British médical Journal, oct. 1900.
- DELAGENIÈRE. — Archives provinciales de Chirurgie, 1898.
- DELBET Paul. — En traité d'anatomie de Poirier.
- DELORE et MOLIN. — Archives provinciales de chirurgie, 1898.
- DESNOS. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1900.
- DESNOS. — Traitement moderne de l'hypertrophie prostatique, Masson, 1901.
- DOYEN et PREYER. — La pelvi-péritonite chez l'homme, 1900.
- VON FRISCH. — Congrès de chirurgie, Paris, 1900.
- FREYER. — The Lancet, 1900.

- GUITTARAS. — Art. Urètre du Dict.
- GOSSET et PROUST. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1900.
- JABOULAY. — Lyon Médical, 5 juillet et 30 septembre, 1900.
- LAUNOIS. — Thèse de Paris, 1885.
- LEGUEU. — Paris, Congrès international, 1900.
- PROUST. — Thèse de Paris, 1900.
- QUÉNU. — Art. Urèthre du Dict.
- ROCHET. — Traité de la dysurie sénile.
- RYDIGIER. — In Centralblatt für Chirurgie, 1901
- TEDENAT. — Montpellier Médical, 1878.
- TUFFIER. — Société de Chirurgie, oct. 1901.
- SYMS. — The Lancet, 1899.
- VERHOOGEN. — Annales de la Société Belge, 1898.
- VERHOOGEN. — Annales de la Société Belge, 1900.
- VIOLET. — Province Médicale, 13 avril 1901.
-

Imprimerie WALTENER et C^{ie} successeurs de MOUGIN-RUSAND.
3, rue Stella — LYON
